

Titel

COVID-19-Fallzahlen und Sterberaten in Behinderteneinrichtungen in Baden-Württemberg. Ein Vergleich mit Daten aus Schweden, den Niederlanden und den USA.

COVID-19 cases and fatality rates in facilities for people with disabilities in Baden-Württemberg, Germany - compared to data from Sweden, the Netherlands and the USA.

Autorin

Lotte Habermann-Horstmeier¹

Korrespondenz-Adresse

Dr. med. L. Habermann-Horstmeier, MPH
Leiterin des
Villingen Institute of Public Health (VIPH)
Klosterring 5
D 78050 Villingen-Schwenningen
Fax: +49 7721 2069971
E-Mail: Habermann-Horstmeier@viph-public-health.de

Stand: 24.09.2020

¹ Villingen Institute of Public Health (VIPH)

Inhalt

1. Zusammenfassung/Abstract.....	2
2. Einleitung.....	4
3. Grundlagen.....	4
4. Methode.....	5
5. Ergebnisse.....	6
5.1 Die Daten aus Baden-Württemberg.....	6
5.1.1 Corona-Lage in Deutschland und Baden-Württemberg zum Stichtag.....	6
5.1.2 Corona-Lage in den teilnehmenden Stadt- und Landkreisen zum Stichtag.....	7
5.1.3 COVID-19 bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	7
5.1.4 Vergleiche mit der Durchschnittsbevölkerung.....	9
5.1.5 COVID-19 bei Betreuungskräften.....	10
5.2 Vergleich mit Daten aus Schweden, den Niederlanden und den USA.....	11
6. Ergebnisdiskussion.....	15
7. Fazit und Ausblick.....	19
8. Limitationen der Studie.....	20
9. Literatur.....	22
10. Anhang.....	24

1. Zusammenfassung/Abstract

Deutsch:

Hintergrund: Aus Deutschland gibt es bislang keine genauen Daten zum COVID-19-Infektionsgeschehen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Insbesondere fehlen genaue COVID-19-Fallzahlen und -Sterberaten.

Ziel: Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, möglichst valide Daten zum COVID-19-Infektionsgeschehen bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Betreuungskräften zu gewinnen.

Methode: Hierzu wurden die benötigten Daten zum Infektionsgeschehen bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Betreuungskräften von den Gesundheitsämtern der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg erbeten (Stichtag 10.06.2020) und mit den betreffenden lokalen, regionalen und überregionalen Daten zum Infektionsgeschehen verglichen. Darüber hinaus wurden die auf diese Weise gewonnenen Daten vergleichbaren Daten aus anderen Ländern gegenübergestellt.

Ergebnis: Das Infektionsgeschehen weist in ganz Deutschland und im Bundesland Baden-Württemberg sehr große regionale Unterschiede auf. Daher wurden die erhobenen Daten vorrangig jeweils mit den Daten der Bevölkerung der entsprechenden Region zum angegebenen Zeitpunkt verglichen. Im Vergleich zu dieser regionalen Durchschnittsbevölkerung haben sich deutlich mehr Menschen mit geistiger Behinderung mit SARS-CoV-2 infiziert (0,32 % vs. 1,87 %), auch sind mehr Menschen mit geistiger Behinderung an COVID-19 verstorben (0,015 % vs. 0,10 %). Die Fallsterblichkeit unterschied sich in beiden Gruppen jedoch nur geringfügig (5,94 % vs. 5,49 %). Fast alle erkrankten (98,9 %) und alle verstorbenen Menschen mit geistiger Behinderung (100,0 %) waren Bewohner stationärer Behinderteneinrichtungen. Im Vergleich zu anderen COVID-19-Erkrankten wurden Menschen mit geistiger Behinderung deutlich seltener hospitalisiert (19,2 % vs. 7,69 %). Hospitalisierte Menschen mit geistiger Behinderung verstarben jedoch sehr viel häufiger an COVID-19 als entsprechende Patient/-innen aus der regionalen Durchschnittsbevölkerung (31,39 % vs. 71,43 %).

Schlussfolgerung: Vor allem Menschen mit geistiger Behinderung in Behindertenwohneinrichtungen sind insbesondere aufgrund ihrer Wohn- und Betreuungsform deutlich häufiger Opfer der COVID-19-Pandemie als die entsprechende Durchschnittsbevölkerung. Wichtige Gründe für den recht geringen Unterschied in der Fallsterblichkeit zwischen beiden Gruppen könnten die große Heterogenität der Menschen mit geistiger Behinderung, ihre höhere Morbidität und ihre niedrigere durchschnittliche Lebenserwartung sein. Alte und sehr alte Menschen (≥ 70 J.) - bei denen in Deutschland die überwiegende Zahl der Todesfälle vorkam - sind in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung kaum vertreten. Bei ihnen gibt es jedoch bereits in den jüngeren

Altersgruppen deutlich häufiger Todesfälle, insbesondere bei Personen mit behinderungsspezifischen Risiken und/oder Co-Erkrankungen.

Schlüsselwörter: COVID-19, Geistige Behinderung, Fallzahlen, Todesfälle, Sterberate, Heterogenität, Deutschland

English:

Background: There are no precise data on the current status of COVID-19 infections among people with intellectual disabilities in Germany. Specifically missing are the number of confirmed cases and deaths as well as case fatality rates.

Aim: Aim of the current study is to gather valid data on the current status of COVID-19 infections among people with intellectual disabilities and their carers.

Method: Data on the current status of COVID-19 infections among people with intellectual disabilities and their carers was collected from the health departments ('Gesundheitsämter') of the urban districts and county districts in Baden-Württemberg (as of 10.06.2020). Comparisons were drawn with the respective local, regional, and national status of COVID-19 infections. Additionally, results are contrasted with comparable data from studies from other countries.

Results: The COVID-19 infection status substantially differs between Baden-Württemberg's regions and overall Germany. The collected data were thus primarily compared to the data on the general population in the respective region at the respective time. Substantially more people with intellectual disabilities were infected with SARS-CoV-2 in comparison to the regional average-population (1.87 % vs. 0.32 %). Also, more people with intellectual disabilities have died because of COVID-19 (0.10 % vs. 0.02 %). Yet, the case fatality did not substantially differ between both groups (5.49 % vs. 5.94 %). Nearly all infected (98.9 %) and all dead people with intellectual disabilities (100.0 %) were inhabitants of residential facilities for people with disabilities. People with intellectual disabilities were substantially less frequently hospitalized in contrast to other infected with COVID-19 (7.69 % vs. 19.20 %). Yet, the mortality among hospitalized people with intellectual disabilities was much higher than among the infected within the regional average-population (71.43 % vs. 31.39 %). The case fatality rates of people with intellectual disabilities hardly differed from that of the average population at this time in most of the studies considered.

Discussion: People with intellectual disabilities in residential facilities are more frequently victims of the COVID-19 pandemic than the respective average population, due to their living- and care-conditions. The case fatality rate, however, does not substantially differ between both groups. Important reasons might be (a) the large heterogeneity and (b) the high morbidity and low life expectancy among people with intellectual disabilities. There are hardly any old and very old people (≥ 70 years old) among people with intellectual disabilities – the age group with the majority of death cases within Germany. Instead, there are however significantly more deaths among people with intellectual disabilities in younger age groups – specifically among people with disability-specific risks and/or co-diseases.

Keywords: COVID-19, intellectual disability, case numbers, death cases, case fatality rate, heterogeneity, Germany.

2. Einleitung

Bereits seit Ende 2019 breitet sich, wahrscheinlich von China ausgehend, ein neuartiges Virus über den ganzen Globus aus. SARS-CoV-2 trifft überall auf Menschen, deren Immunsysteme ihm unvorbereitet gegenüberstehen. Für Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wird das Risiko einer Infektion mit schwerem Krankheitsverlauf als sehr hoch eingeschätzt (RKI, 2020a; Jessen, 2020). Zu diesen Risikogruppen gehören auch viele Menschen mit geistiger Behinderung und weiteren gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Co-Erkrankungen. Man geht zudem davon aus, dass Menschen mit geistiger Behinderung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, aufgrund der Wohnsituation besonders gefährdet sind.

3. Grundlagen

Verschiedene Forschungsinstitute weltweit haben sich inzwischen mit der Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie beschäftigt (z. B. Courtenay, 2020; Cortenay/Perera, 2020; Seitzer et al., 2020; Stevens/Landes, 2020; DIMR, 2020; Beck et al., 2020; Sabatello et al., 2020; Mills et al., 2020; Habermann-Horstmeier, 2020a; Habermann-Horstmeier, 2020b). Erste Studien bzw. Berichte beschäftigten sich bereits im Mai/Juni 2020 mit den COVID-19-Fallzahlen, -Todesfallzahlen und Sterberaten bei Menschen mit geistiger Behinderung in verschiedenen Regionen (Turk et al., 2020; Cehajic et al. 2020; Radboud University Medical Center, 2020). In Deutschland gibt es bislang keine validen Daten dazu, in wie vielen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung bislang COVID-19-Fälle aufgetreten sind, wie viele Menschen mit geistiger Behinderung (stationär/ambulant betreut) sich bisher mit SARS-CoV-2 infiziert haben, wie viele von ihnen an COVID-19 (schwer) erkrankt und verstorben sind. Ebenso fehlen entsprechende Daten aus Behinderteneinrichtungen zum Infektionsgeschehen bei Betreuungskräften von Menschen mit geistiger Behinderung. Auf Anfrage teilte das Robert Koch-Institut im Mai 2020 mit, dass dort keine entsprechenden Daten vorliegen: „In den uns zur Verfügung stehenden Daten können wir nur differenzieren zwischen positiv getesteten Personen, die in einer unter § 36 IfSG fallenden Einrichtung² betreut werden oder dort arbeiten, oder positiv getesteten Personen, die in einer unter § 23 IfSG fallenden Einrichtung³ betreut werden oder dort arbeiten. Eine weitere Differenzierung, z. B. zu der [...] genannten Personengruppe, lässt das Meldesystem nicht zu.“ Zudem sei dem RKI nicht bekannt, ob entsprechende Daten in

² Dies sind lt. Gesetz v. a. voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen, aber auch Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten

³ Dies sind lt. Gesetz v. a. Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Tageskliniken, Arzt- und Zahnarztpraxen, ambulante Pflegedienste und Rettungsdienste.

den Bundesländern oder durch die Träger von Behinderteneinrichtungen erhoben werden. Man vermute, dass am ehesten die Einrichtungsträger über solche Daten verfügen könnten (Lagezentrum COVID-19, 2020). Nach Angaben des Bundesverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. lagen dort Mitte Mai 2020 nur Meldungen von wenigen Einzelfällen vor. Mit weiteren Informationen und Daten seien die einzelnen Einrichtungen und Dienste sehr zurückhaltend (Tote, 2020). Eine ähnliche Rückmeldung kam von der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) hatte Anfang Mai 2020 eine ‚Umfrage zur Verbreitung des Corona-Virus und Strategien zum Umgang mit der Situation in Wohnangeboten der BeB-Mitgliedeinrichtungen‘ gestartet, an der bis Mitte Juni 2020 insgesamt 112 Wohnangebote von Mitgliedseinrichtungen teilnahmen. Deren Antworten bezogen sich auf den Zeitraum vom 01.03. – 01.05.2020 (BeB, 2020). Die BeB betonte dabei, dass es sich hierbei nicht um eine validierte, repräsentative Erhebung handele. Zudem seien manche Antworten bzw. Angaben widersprüchlich bzw. nicht sehr plausibel (Schneider, 2020). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, möglichst valide Daten zum COVID-19-Infektionsgeschehen bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Betreuungskräften zu gewinnen.

4. Methode

Hierzu wurden die 35 Gesundheitsämter der Landkreise und die neun Gesundheitsämter der Stadtkreise in Baden-Württemberg per E-Mail angefragt, ob sie bereit seien, – falls vorhanden - entsprechende anonymisierte Daten für einer wissenschaftliche Auswertung zur Verfügung zu stellen. Für die Umfrage war ein kurzer Erhebungsbogen entwickelt worden, in dem nach folgenden Daten gefragt wurde:

- Anzahl der Behinderteneinrichtungen (mit ambulanter/stationärer Betreuung)
- Anzahl der dort (ambulant/stationär) betreuten Menschen mit geistiger Behinderung
- Anzahl der Behinderteneinrichtungen mit COVID-19-Fällen
- Anzahl der mit SARS-CoV-2 infizierten Menschen mit geistiger Behinderung (ambulant/stationär betreut)
- Anzahl der an COVID-19 erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung (ambulant/stationär betreut)
- Anzahl der an COVID-19 erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung und schwerem Krankheitsverlauf, der einen Krankenhausaufenthalt nötig machte (ambulant/stationär betreut)
- Anzahl der mit oder an COVID-19 verstorbenen Menschen mit geistiger Behinderung

- Anzahl der Betreuungskräfte in Behinderteneinrichtungen, die sich mit SARS-CoV-2 infiziert haben
- Anzahl der Betreuungskräfte in Behinderteneinrichtungen, die an COVID-19 erkrankt sind
- Anzahl der Betreuungskräfte in Behinderteneinrichtungen, die mit oder an COVID-19 verstorben sind

Die Gesundheitsämter wurden gebeten, den Erhebungsbogen für den **Stichtag 10. Juni 2020** auszufüllen und per E-Mail, Fax oder Brief zurückzusenden. Leider waren nur zehn Gesundheitsämter (26,3 %) bereit, die an sie gestellten Fragen zu beantworten. Zum Teil waren die Erhebungsbögen unvollständig ausgefüllt. Die jeweiligen Gesundheitsämter gaben als Grund an, dass ihnen einige der erbetenen Daten nicht vorlägen. Zudem unterschieden die den Gesundheitsämtern vorliegenden Daten nicht nach Alter, Geschlecht, Art und Grad der Behinderung sowie nach Co-Erkrankungen.

Die erhobenen Daten wurden mit MS Excel erfasst und ausgewertet. Anschließend wurden die Ergebnisse dieser Umfrage auch mit den recherchierten „Corona“-Daten des Bundes, des Landes Baden-Württemberg, der Stadt- und Landkreise des Landes Baden-Württemberg sowie mit denen einer US-amerikanischen, einer niederländischen und einer schwedischen Untersuchung verglichen. Bei diesen Vergleichen wurden auch die Ergebnisse einer Umfrage des Bundesverbandes der evangelischen Behindertenhilfe (BeB) berücksichtigt.

5. Ergebnisse

5.1 Die Daten aus Baden-Württemberg

5.1.1 Corona-Lage in Deutschland und Baden-Württemberg zum Stichtag

Zum Stichtag 10. Juni 2020 gab es in Deutschland 184.861 bestätigte COVID-19-Fälle (0,22 % der Bevölkerung bzw. 222/100.000 Einwohner) und 8.729 an oder mit COVID-19 Verstorbene (0,010 % der Bevölkerung; 4,72 % der COVID-19-Fälle; RKI, 2020b). Im Bundesland Baden-Württemberg waren zu diesem Zeitpunkt insgesamt 35.004 mit SARS-CoV-2 infizierte Personen gemeldet (bestätigte Fälle). Dies entspricht etwa 0,32 % der Bevölkerung. Zur selben Zeit waren dort bereits 1.801 Personen an oder mit SARS-CoV-2 verstorben (0,016 % der Bevölkerung bzw. 5,15 % der infizierten Personen; s. Tab. 1) (MSI-BW, 2020). In Baden-Württemberg gab es zu diesem Zeitpunkt somit deutlich höhere Infektionszahlen und mehr Todesfälle aufgrund von COVID-19 als im Bundesdurchschnitt.

5.1.2 Corona-Lage in den teilnehmenden Stadt- und Landkreisen zum Stichtag

An der vorliegenden Untersuchung nahmen die Gesundheitsämter von 10 Stadt- bzw. Landkreisen aus Baden-Württemberg teil. Ihre Einwohnerzahl betrug am 31. Dezember 2019 3.614.737 (= 32,56 % der baden-württembergischen Gesamtbevölkerung⁴; Statistik-BW, 2020). Es handelt sich hierbei um unterschiedlich große Stadt- bzw. Landkreise, die über das gesamte Bundesland verteilt sind. In den teilnehmenden Stadt- bzw. Landkreisen gab es zum Stichtag insgesamt 10.056 Personen mit bestätigten Infektionen. Dies entspricht etwa 0,28 % der dortigen Bevölkerung. Zudem waren bereits 548 Personen an oder mit SARS-CoV-2 verstorben (0,015 % der Bevölkerung). Dies waren 5,45 % der dort infizierten Personen. Tab. 1 zeigt eine sehr unterschiedliche Lage in den einzelnen Stadt- bzw. Landkreisen. Besonders hoch waren die Zahlen der Infizierten in den Landkreisen Sigmaringen (0,59 %) und Schwäbisch Hall (0,44 %). Im Landkreis Sigmaringen war auch der Prozentsatz der an COVID-19 Gestorbenen mit 0,029 % sehr hoch. Andererseits gab es jedoch auch Landkreise wie den Ortenaukreis, mit einem hohen Prozentsatz an Todesfällen (0,029 %) bei relativ niedrigen Infektionszahlen (0,28 %; LR-BW, 2020).

5.1.3 COVID-19 bei Menschen mit geistiger Behinderung

Aufgrund der z. T. unvollständigen Datensätze beziehen sich die folgenden Ausführungen überwiegend auf die Aussagen von sechs der zehn teilnehmenden Gesundheitsämter. In diesen sechs Landkreisen wurden zum Stichtag in 82 Behinderteneinrichtungen unterschiedlicher Größe insgesamt 4.860 Menschen mit zumeist geistiger Behinderung⁵ betreut. Dies sind etwa 0,28 % der Bevölkerung. Allerdings gibt es hier sehr große Unterschiede zwischen den einzelnen Kreisen (Anteile zwischen 0,09 % und 0,69 % der Bevölkerung). Die vorliegenden Daten unterscheiden nicht zwischen der Art und dem Grad der Behinderung. In den sechs Landkreisen wurden bis zum Stichtag 91 Menschen mit überwiegend geistiger Behinderung gemeldet, die sich nachweislich mit SARS-CoV-2 infiziert hatten und daran erkrankt waren (1,87 % der dort lebenden Menschen mit geistiger Behinderung). Zum selben Zeitpunkt waren in diesen Landkreisen bereits 5 Menschen mit geistiger Behinderung mit oder an COVID-19 verstorben. Dies sind 0,10 % der in den Landkreisen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung bzw. 5,49 % der dort infizierten Menschen mit geistiger Behinderung (Tab. 1; MSI-BW, 2020).

⁴ Die Bevölkerungszahlen für das Jahr 2020 lagen Anfang September 2020 noch nicht vor.

⁵ In den Behinderteneinrichtungen leben überwiegend Menschen mit geistiger Behinderung. Es gibt jedoch keine offiziellen Zahlen zur Art und zum Grad ihrer Behinderung. Im folgenden Text wird daher von Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen, auch wenn es sich hierbei um Menschen handelt, bei denen in den meisten Fällen eine geistige Behinderung vorliegt.

Tab. 1 Coronavirus-Fälle (Infizierte/Todesfälle; Anzahl, Prozentsatz) in den teilnehmenden Stadt- und Landkreisen zum Stichtag 10. Juni 2020, verglichen mit den entsprechenden Daten der Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB), die von den dortigen Behinderteneinrichtungen betreut werden. Zum Studienzzeitpunkt waren noch keine Einwohnerzahlen für 2020 verfügbar, die verwendeten Einwohnerzahlen geben daher die Situation vom 31.12.2019 wieder. Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die sechs vollständigen Datensätze. Die farbig markierten Bereiche vergleichen die Prozentsätze der SARS-CoV-2-Infizierten und der an/mit COVID-19-Verstorbenen sowie die Sterberaten der Bevölkerung mit denen der MmgB. In einer separaten Tabelle (unten) sind die entsprechenden Zahlen für Baden-Württemberg und Deutschland aufgelistet. (Quellen: RKI, 2020; MSI-BW, 2020; Statistik-BW, 2020; Destatis, 2020a)

Kreise	Einwohner 31.12.2019	Prozentsatz der Einwohner Baden- Württem- bergs (31.12.2019)	SARS- CoV-2- Infizierte	Prozentsatz der Infizier- ten in der Bevölkerung	An bzw. mit COVID-19 Gestorbene	Prozentsatz der an bzw. mit COVID- 19 Gestor- benen in der Bevöl- kerung	Prozentsatz der Gestor- benen in Bezug auf die SARS- CoV-2- Infizierten	Anzahl betreuer MmgB	Prozentsatz der betreuten MmgB in Bezug auf die Bevöl- kerung	Anzahl der SARS- CoV-2- infizierten MmgB	Prozentsatz der SARS- CoV-2- Infizierten unter den MmgB	Anzahl der an bzw. mit COVID-19 Gestorben- en MmgB	Prozentsatz der an bzw. mit COVID- 19 gestorben- en MmgB in Bezug auf Gesamtzahl der MmgB	Prozentsatz der an bzw. mit COVID- 19 gestorben- en MmgB in Bezug auf die infizier- ten MmgB
Summe	3.614.737 (1.723.563)	32,56 % (15,53 %)	10.056 (5.539)	0,28 % 0,32 %	548 (368)	0,015 % (0,021)	5,45 % (5,94 %)	4860	0,28 %	92 (91)	1,89 % (1,87 %)	5	0,10 %	5,43 % (5,49 %)
Heidelberg	161.485	1,45 %	300	0,19 %	7	0,004 %	2,33 %			1		0		
Rhein-Neckar	548.355	4,94 %	954	0,17 %	38	0,007 %	3,98 %							
Schwarzwald- Baar	212.506	1,91 %	562	0,26 %	30	0,014 %	5,34 %	195	0,09 %	1	0,51 %	0	0,00 %	0,00 %
Schwäbisch Hall	196.761	1,77 %	867	0,44 %	58	0,029 %	6,69 %	940	0,48 %	12	1,28 %	1	0,11 %	8,33 %
Ortenaukreis	430.953	3,88 %	1.209	0,28 %	125	0,029 %	10,34 %	784	0,18 %	22	2,81 %	1	0,13 %	4,55 %
Sigmaringen	130.849	1,18 %	776	0,59 %	34	0,026 %	4,38 %	900	0,69 %	51	5,67 %	1	0,11 %	1,96 %
Ludwigsburg	545.423	4,91 %	1.770	0,32 %	72	0,013 %	4,07 %							
Bodenseekreis	217.470	1,96 %	291	0,13 %	8	0,004 %	2,75 %	1431	0,66 %	3	0,21 %	1	0,07 %	33,33 %
Esslingen	535.024	4,82 %	1.834	0,34 %	113	0,021 %	6,16 %	610	0,11 %	2	0,33 %	1	0,16 %	50,00 %
Stuttgart	635.911	5,73 %	1.493	0,23 %	63	0,010 %	4,22 %					0		

	Einwohner	SARS-COV-2- Infizierte	Prozentsatz der Infizier- ten in der Bevölkerung	An bzw. mit COVID-19 Gestorbene	Prozentsatz der an bzw. mit COVID-19 Gestorbenen in der Bevölkerung	Prozentsatz der Gestorbenen in Bezug auf die SARS-COV-2-Infizierten
Baden-Württemberg 31.12.2019	11.100.394	35.004	0,32 %	1.801	0,016 %	5,15 %
Deutschland 31.12.2019	83.166.700	184.861	0,22 %	8.729	0,010 %	4,72 %

Tab. 2 zeigt, dass sich fast ausschließlich Menschen mit geistiger Behinderung in stationär betreuten Einrichtungen⁶ mit SARS-CoV-2 infiziert hatten (98,9 %). Alle schwer erkrankten und verstorbenen Personen lebten in entsprechenden Einrichtungen. 7,69 % der infizierten Menschen mit geistiger Behinderung erkrankten so schwer, dass ein Krankenhausaufenthalt nötig wurde. 71,43 % der hospitalisierten, schwer erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung verstarben.

Tab. 2 Anzahl der mit SARS-CoV-2 infizierten, schwer erkrankten und verstorbenen Menschen mit geistiger Behinderung in den sechs baden-württembergischen Landkreisen mit vollständigem Datensatz, unterschieden nach ambulanter und stationärer Betreuung, Stichtag: 10.06.2020; MmgB = Menschen mit geistiger Behinderung

	Anzahl (Prozentsatz)		
Infizierten/erkrankte MmgB	91		= 1,87 % der MmgB in den Einrichtungen
- davon ambulant betreut		1 (1,1 %)	
- davon stationär betreut		90 (98,9 %)	
Schwer erkrankten MmgB im Krankenhaus	7		= 7,69 % der infizierten MmgB
- davon ambulant betreut		0 (0,0 %)	
- davon stationär betreut		7 (100,0 %)	
Verstorbenen MmgB	5		= 71,43 % der hospitalisierten, schwer erkrankten MmgB
- davon ambulant betreut		0 (0,0 %)	
- davon stationär betreut		5 (100,0 %)	

5.1.4 Vergleiche mit der Durchschnittsbevölkerung

Ein Vergleich zwischen dem Prozentsatz der infizierten Personen in den sechs Landkreisen mit vollständigem Datensatz (0,32 %) und dem Prozentsatz der infizierten/erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung (1,87 %) zeigt, dass es unter den Menschen mit geistiger Behinderung deutlich mehr Erkrankungen gab (Unterschied: 1,55 Prozentpunkte). Auffällig ist auch der Unterschied zwischen dem Prozentsatz der an COVID-19 verstorbenen Einwohner/-innen der untersuchten Landkreise (0,021 %) und dem Prozentsatz der hieran verstorbenen Menschen mit geistiger Behinderung (0,10 %). Menschen mit geistiger Behinderung verstarben somit im Vergleich zum dortigen Bevölkerungsdurchschnitt auch deutlich

⁶ Gemeint sind ‚Gemeinschaftliche Wohnformen der Behindertenarbeit‘.

häufiger (Unterschied: 0,079 Prozentpunkte). Recht gering war der Unterschied bei der Fallsterblichkeit (Sterberaten). In den sechs Landkreisen mit vollständigem Datensatz starben 5,94 % der mit SARS-CoV-2 infizierten Einwohner/-innen, während in den dortigen Behinderteneinrichtungen 5,49 % der infizierten Menschen mit geistiger Behinderung an der Erkrankung verstarben. Beide Angaben liegen über dem Landesdurchschnitt (5,15 %) und deutlich über dem Bundesdurchschnitt (4,7 %). Bei den hospitalisierten Menschen mit geistiger Behinderung war der Anteil der Menschen, der die Erkrankung nicht überlebte, deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (71,43 % vs. 31,39 %; Daten der 10. bis 24. Kalenderwoche; RKI, 2020a). Allerdings wurden in den untersuchten Landkreisen in diesem Zeitraum auch deutlich weniger erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung hospitalisiert als erkrankte Personen aus der Durchschnittsbevölkerung (7,69 % vs. 19,2 %).

5.1.5 COVID-19 bei Betreuungskräften

Aus acht der zehn teilnehmenden Stadt- und Landkreisen wurden von den örtlichen Behinderteneinrichtungen insgesamt 73 infizierte Betreuungskräfte gemeldet (Stichtag 10. Juni 2020). Dreißig Betreuungskräfte aus sechs Landkreisen erkrankten an COVID-19 (= 65,22 % der Infizierten). Eine der erkrankten Betreuungskräfte verstarb (= 1,37 % der infizierten Betreuungskräfte aus acht Landkreisen bzw. 3,33 % der an COVID-19 erkrankten Betreuungskräfte aus 6 Landkreisen). Da keine Daten zur Anzahl der in den Behinderteneinrichtungen der sechs Landkreise beschäftigten Betreuungskräfte vorliegen, waren keine darüberhinausgehenden statistischen Berechnungen möglich.

Tab. 4 Anzahl der infizierten, erkrankten und verstorbenen Betreuungskräfte aus den Behinderteneinrichtungen der teilnehmenden baden-württembergischen Landkreise (Daten aus 8* bzw. 6** der 10 teilnehmenden Landkreise).

	Anzahl	Prozentsatz
Infizierte Betreuungskräfte	73* (46**)	
Erkrankte Betreuungskräfte	30**	65,22 % der infizierten Betreuungskräfte dieser Landkreise**
Verstorbene Betreuungskräfte	1	1,37 % der infizierten Betreuungskräfte* 3,33 % der erkrankten Betreuungskräfte**

5.2 Vergleich mit Daten aus Schweden, den Niederlanden und den USA

Anschließend wurden die vorliegenden Ergebnisse mit denen der folgenden Studien verglichen (Tab. 3):

- Schwedische Studie von *Cehajic et al. (2020)*
- US-amerikanische Studie von *Turk et al. (2020)*
- Niederländische Untersuchung des *Radboud University Medical Centers (2020)*

Die Studie von *Cehajic et al. (2020)* berichtet über die COVID-19-Situation bei erwachsenen Menschen mit intellektuellen Einschränkungen in Wohnformen mit besonderer Unterstützung nach § 9LSS in Schweden (Stichtag: 08.05.2020). Die US-amerikanische Studie vergleicht die COVID-19-Situation bei Menschen mit geistiger Behinderung (Intellectual and Developmental Disability, IDD) aller Altersgruppen mit der Situation bei Menschen ohne IDD auf der Basis der Daten der TriNetX COVID-19 Research Network-Plattform, die 42 Gesundheitseinrichtungen (überwiegend aus dem Nordosten und Mittleren Westen der USA, einige aber auch aus anderen Ländern; Stichtag: 14.05.2020) dort eingegeben haben. Bei der Untersuchung der *Radboud University* handelt es sich um die Auswertung von Online-Meldungen von 66 Organisationen an 81 Standorten, die über COVID-19-Fälle und -Todesfälle bei Menschen mit geistiger Behinderung in den Niederlanden berichteten (ohne Altersangabe; Stichtag: 15.05.2020). Zur Auswertung hinzugezogen wurde auch die nicht repräsentative Umfrage des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB, 2020) in Deutschland, an der sich 112 Wohnangebote von BeB-Mitgliedseinrichtungen beteiligten. Nur 58 dieser Wohnangebote führten jedoch Tests auf SARS-CoV-2 durch (Stichtag: 01.05.2020).

Bei dem folgenden Vergleich muss neben der unterschiedlichen Herangehensweise und der unterschiedlichen Validität der Daten auch berücksichtigt werden, dass die Untersuchungen in verschiedenen Gebieten und zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfanden und damit auch unterschiedliche Phasen des Pandemie-Geschehens abbilden.

Der Prozentsatz der an COVID-19 erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung, die in Behindertenwohneinrichtungen leben bzw. ambulant betreut werden, ist in der hier vorliegenden Studie mit 1,87 % etwas höher als in der angeführten schwedischen Studie (1,2 %; Tab. 3)⁷. Nach den Daten der BeB-Umfrage waren dort ebenfalls 1,2 % Nutzer/-innen der Wohnangebote von 10 Trägern an COVID-19 erkrankt. Bei den Prozentsätzen der verstor-

⁷ Die schwedische Untersuchung fand jedoch auch etwa einen Monat früher statt; in die BeB-Umfrage flossen ebenfalls nur die Daten bis zum 01.05.2020 ein.

benen Menschen mit geistiger Behinderung gab es deutlich geringere Unterschiede (D [6 LK]: 0,10 %; BeB: 0,08 %; Schweden: 0,09 %)⁸.

Ebenfalls nur geringe Unterschiede gab es teilweise beim Vergleich der Fallsterblichkeiten (Fall-Verstorbenen-Anteil, *Case Fatality Rate*) der Menschen mit geistiger Behinderung mit der regionalen Durchschnittsbevölkerung. Eine Ausnahme bildet hier Schweden. In der vorliegenden Studie konnte für die regionale Bevölkerung der sechs betrachteten Landkreise (Stichtag: 10.06.2020) eine Fallsterblichkeit von 5,94 % berechnet werden, während sie für Menschen mit geistiger Behinderung im gleichen Gebiet zur selben Zeit bei 5,49 % lag. Die US-amerikanische Studie von Turk et al. (2020) gibt an, dass dort 5,1 % der an COVID-19 erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung verstarben. Bei den Menschen ohne geistige Behinderung waren es 5,4 %. Die diesen Aussagen zugrundeliegenden Daten stammen zu einem großen Teil, jedoch nicht ausschließlich aus den USA. Auf der Grundlage der von der WHO (2020c) veröffentlichten Daten lässt sich für den 14.05.2020 eine Fallsterblichkeit (*Case Fatality Rate*) in der US-Bevölkerung von 6,0 % berechnen. In den Niederlanden sind die Fallsterblichkeiten in der Bevölkerung und in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zum Untersuchungszeitpunkt annähernd identisch (13 % vs. 12,9 %; Radboud University Medical Center, 2020; WHO, 2020a). Entsprechende Berechnungen für Schweden ergeben jedoch eine Fallsterblichkeit in der Bevölkerung von 13,5 % (Stichtag: 08.05.2020), während sie bei den erwachsenen Personen in Wohnrichtungen mit besonderer Unterstützung zum selben Zeitpunkt bei 8,1 % lag (Cehajic et al., 2020; WHO 2020b). Die Fallsterblichkeiten der Menschen mit geistiger Behinderung entsprechen also jeweils denen der Durchschnittsbevölkerung oder liegen leicht darunter. Besonders groß ist der Unterschied jedoch in Schweden.

⁸ Auch hier könnte der etwas höhere Prozentsatz bei der vorliegenden Untersuchung auf den späteren Untersuchungszeitpunkt zurückzuführen sein.

Tab. 3 Vergleich der COVID-19-Fallzahlen (Infizierte bzw. Erkrankte), der COVID-19-Todesfälle und der Fallsterblichkeit aus sechs Landkreisen in Baden-Württemberg (Deutschland) mit entsprechenden Daten aus Schweden, den Niederlanden und den USA, bezogen (a) auf die Gesamtbevölkerung und (b) auf erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB). Die Daten wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben und spiegeln daher unterschiedliche Phasen des Infektionsgeschehens wider. Zudem gibt es große regionale Unterschiede in den Ländern. Bei Vergleichen der Situation in der Gesamtbevölkerung mit der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung werden daher immer dieselben Regionen zum selben Zeitpunkt verglichen. D = Deutschland, NL = Niederlande, S = Schweden, USA = Vereinigte Staaten von Amerika; BW = Baden-Württemberg, LK = Landkreise

Infizierte

Prozentsatz der Infizierten („Fälle“) in der Gesamtbevölkerung am 10.06.2020

Stichtag 10.06.2020 D: 0,22 % (BW: 0,32 %, 6 LK: 0,32 %) NL: 0,28 % (15.05.2020: 0,25 %) S: 0,45 % (08.05.2020: 0,24 %) USA: 0,59 % (14.05.2020: 0,41 %)	In den USA und in S infizierten sich bis zum 10.06.2020 mehr Menschen als in D (relative Häufigkeiten). In den NL infizierten sich/erkrankten bis zum Stichtag etwas mehr Menschen als in D, aber etwas weniger als in BW und den 6 LK (relative Häufigkeiten).
--	--

Prozentsatz der infizierten/erkrankten erwachsenen MmgB („Fälle“)

(Zur Situation in den NL und den USA liegen keine entsprechenden Daten vor.)

Stichtag 10.06.2020 6 LK: 1,87 %	Bis zum 10.06.2020 erkrankten in D (6 LK) 1,87 % der erwachsenen MmgB.
Stichtag 08.05.2020 S: 1,2 %	Bis zum 08.05.2020 erkrankten in S 1,2 % der erwachsenen MmgB.

Vergleich Prozentsatz der Infizierten/Erkrankten (erwachsene MmgB vs. Gesamtbevölkerung)

Stichtag 10.06.2020 6 LK (Gesamtbevölkerung): 0,32 % 6 LK (MmgB): 1,87 %	Der Prozentsatz der Infizierten ist bei den erwachsenen MmgB in D (6 LK) um 1,55 Prozentpunkte höher als in der Durchschnittsbevölkerung (10.06.2020).
Stichtag 08.05.2020 S (Gesamtbevölkerung): 0,24 % S (MmgB): 1,2 %	Der Prozentsatz der Infizierten ist bei den erwachsenen MmgB in S um 0,96 Prozentpunkte höher als in der Durchschnittsbevölkerung (08.05.2020).

Sterbefälle

Prozentsatz der Verstorbenen in der Gesamtbevölkerung am 10.06.2020

Stichtag 10.06.2020 D: 0,010 % (BW: 0,016 %, 6 LK: 0,021 %) NL: 0,035 % (15.05.2020: 0,32 %) S: 0,048 % (08.05.2020: 0,033 %) USA: 0,034 % (14.05.2020: 0,025 %)	In S starben bis zum 10.06.2020 relativ mehr Menschen an COVID-19 als in D, den NL und den USA (relative Häufigkeiten). In den NL und den USA starben bis zum 10.06.2020 mehr Menschen an COVID-19 als in D (relative Häufigkeiten). Die Prozentsätze der in den NL und in den USA bis zum 10.06.2020 an COVID-19 Verstorbenen unterscheiden sich kaum.
--	---

Prozentsatz der verstorbenen erwachsenen MmgB

Stichtag 10.06.2020 D (6 LK): 0,10 %	Bis zum 10.06.2020 starben in D (6 LK) 0,10 % der erwachsenen MmgB.
Stichtag 08.05.2020 S: 0,09 %	Bis zum 08.05.2020 starben in S 0,09 % der erwachsenen MmgB.

Vergleich Prozentsatz der Verstorbenen (erwachsene MmgB vs. Gesamtbevölkerung)

Stichtag 10.06.2020 6 LK (Gesamtbevölkerung): 0,021 % 6 LK (MmgB): 0,10 %	Der Prozentsatz der Verstorbenen ist bei den erwachsenen MmgB in D (6 LK) um 0,079 Prozentpunkte höher als in der Durchschnittsbevölkerung (10.06.2020).
Stichtag 08.05.2020 S (Gesamtbevölkerung): 0,033 % S (MmgB): 0,09 %	Der Prozentsatz der Verstorbenen ist bei den erwachsenen MmgB in S um 0,057 Prozentpunkte höher als in der Durchschnittsbevölkerung (08.05.2020).

Fallsterblichkeit

Fallsterblichkeit (Verhältnis Verstorbene zu Erkrankten/Infizierten; Gesamtbevölkerung)

Stichtag 10.06.2020 D: 4,72 % (BW: 5,15 %, 6 LK: 5,94 %) NL: 12,6 % (15.05.2020: 12,9 %) S: 10,7 % (08.05.2020: 13,5 %) USA: 5,7 % (14.05.2020: 6,0 %)	In S und den NL starben mehr infizierte/erkrankte Menschen an COVID-19 als in D (6 LK) und den USA (relative Häufigkeiten).
--	---

Fallsterblichkeit (Verhältnis Verstorbene zu Erkrankten/Infizierten; MmgB)

D (6 LK, 10.06.2020): 5,49 % NL (15.05.2020): 13 % S (08.05.2020): 8,1 % US-Studie (14.05.2020): 5,1 %	In S starben mehr erkrankte MmgB an COVID-19 als in D (6 LK), den NL und der US-Studie.
---	---

Vergleich Fallsterblichkeiten (erwachsene MmgB vs. Gesamtbevölkerung)

Stichtag 10.06.2020 6 LK (Gesamtbevölkerung): 5,94 % 6 LK (MmgB): 5,49 %	Die Fallsterblichkeit ist bei den erwachsenen MmgB in D (6 LK) um 0,45 Prozentpunkte niedriger als in der Durchschnittsbevölkerung (10.06.2020).
Stichtag 08.05.2020 S (Gesamtbevölkerung): 13,5 % S (MmgB): 8,1 %	Die Fallsterblichkeit ist bei den erwachsenen MmgB in S um 5,4 Prozentpunkte niedriger als in der Durchschnittsbevölkerung (08.05.2020).

Datenquellen:

Cehajic A, Lyseel H, Flyckt K. Statistik om bekräftat smittade och avlidna med dödsorsak COVID-19 bland personer med boendeinsats inlgt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019. Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), 13. Mai 2020

Destatis. Eurostat-Daten. Deutschland im Vergleich, 2020a; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Deutschland.html> (Zugriff: 20.09.2020)

Destatis. Eurostat-Daten: Schweden im Vergleich, 2020b; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Schweden.html> (Zugriff: 20.09.2020)

Destatis: Eurostat-Daten: Niederlande im Vergleich, 2020c; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Niederlande.html> (Zugriff: 20.09.2020)

MSI-BW - Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Tabelle «Coronavirus in Baden-Württemberg: Anzahl der Infizierten und der Todesfälle in Stadt-/Landkreisen; Download möglich unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/gesundheitschutz/infektionsschutz-hygiene/informationen-zu-coronavirus/lage-in-baden-wuerttemberg/> (Zugriff: 20.09.2020)

Radboud University Medical Center. „Sterker op eigen benen“ Factsheet Nr.4: COVID-19 in intellectual disabilities. Nijmegen, Netherlands: Radboud University Medical Center, May 29 2020.

RKI - Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 10.06.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland; https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-06-10-de.pdf?blob=publicationFile (Zugriff: 20.09.2020)

Statistik-BW - Statistische Berichte Baden-Württemberg. Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg 2019 Artikel-Nr. 3125 19001, https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/312519001.pdf#search=bev%C3%B6lkerung+landkreise (Zugriff: 20.09.2020)

Turk MA, Landes SD, Formica MK, Gross KD. Intellectual and developmental disability and COVID-19-case-fatality trends: TriNetX analysis. Disability and Health Journal 2020; 13(3), 100942; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100942>

United States Census Bureau. U.S. and World Population Clock, 2020; <https://www.census.gov/popclock/> (Zugriff: 20.09.2020)
 World Health Organization (WHO). COVID-19. Netherlands Situation, 2020a; <https://covid19.who.int/region/euro/country/nl> (Zugriff: 19.09.2020)

WHO - World Health Organization. COVID-19. Sweden Situation, 2020b; <https://covid19.who.int/region/euro/country/se> (Zugriff: 19.09.2020)

WHO - World Health Organization. COVID-19. United States of America, 2020c; <https://covid19.who.int/region/amro/country/us> (Zugriff: 19.09.2020)

6. Ergebnisdiskussion

Die Untersuchung bezieht sich auf den Zeitraum Anfang März bis 10. Juni 2020. Sie deckt damit die sog. „erste Welle“ der COVID-19-Pandemie in Deutschland komplett ab (März/April 2020) und umfasst zusätzlich noch den Zeitraum der ersten Stabilisierung der Infektionszahlen. Baden-Württemberg war in diesem Zeitraum eines der drei am stärksten betroffenen deutschen Bundesländer. Die Infektionszahlen und die Zahl der Todesfälle waren hier deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Je nach Stadt- oder Landkreis war die Infektions-situation im gesamten Bundesland sehr unterschiedlich (RKI, 2020b; MSI-BW, 2020). Die an der Studie teilnehmenden Regionen bilden diese Unterschiedlichkeit recht gut ab (s. Tab. 1). Die erhobenen Daten zum COVID-19-Infektionsgeschehen bei Menschen mit geistiger Behinderung wurden daher vorrangig mit den Daten der Bevölkerung der entsprechenden Region verglichen. Die Daten umfassen nur die reinen Fallzahlen (infizierte/erkrankte/verstorbene Personen). Es fehlen differenzierende Daten, etwa nach Alter, Geschlecht oder Art bzw. Grad der Behinderung, da diese nicht erhoben werden. Nach den Angaben der betreffenden Gesundheitsämter ist davon auszugehen, dass es sich bei den meldenden Einrichtungen ausschließlich oder überwiegend um Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung (ggf. mit zusätzlichen körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen) handelt.

Anzahl der Infizierten

Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass der Prozentsatz der infizierten Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB; 1,87 %) in den hier untersuchten Landkreisen trotz deutlich restriktiverer Einschränkungen für diesen Personenkreis um 1,55 Prozentpunkte höher war als in der regionalen Durchschnittsbevölkerung (0,32 %). Zu den genannten Einschränkungen gehörte beispielsweise in Baden-Württemberg ein Besuchsverbot für Behinderteneinrichtungen ab dem 17.03.2020, zudem wurden die Behindertenwerkstätten geschlossen (LR-BW, 2020).

Die schwedischen Daten von Cehajic et al. (2020) lassen erkennen, dass sich auch dort mehr Menschen mit geistiger Behinderung (1,2 %) mit SARS-CoV-2 infizierten als in der Gesamtbevölkerung (0,24 %; Differenz: 0,96 Prozentpunkte). In Schweden gab es in diesem Zeitraum jedoch für die Allgemeinbevölkerung geringere Einschränkungen des Alltagslebens als in Deutschland. Ab 30. März 2020 wurde allerdings auch hier ein Besuchsverbot für spezielle Wohn- und Pflegeeinrichtungen, in denen v. a. alte Menschen leben, ausgesprochen (Svensk författningssamling, 2020).

Es gibt zahlreiche Faktoren, die - neben dem unterschiedlichen Zeitpunkt des Infektionsgeschehens - den Prozentsatz der COVID-19-Infizierten in Bevölkerungsgruppen beeinflussen können, wie z. B. Unterschiede in der Populationsdichte, der Empfänglichkeit (*Suszepti-*

bilität) für das Virus, dem Vorkommen von «Superspreadern» oder auch Unterschiede in der Bevölkerungszusammensetzung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Morbidität etc. (Wandeler et al., 2018). Einer der Gründe für die im Vergleich zu Schweden geringere Differenz bei den COVID-19-Infektionszahlen zwischen MmgB und der regionalen Allgemeinbevölkerung in Deutschland könnte in den unterschiedlichen Wohnformen für Menschen mit Behinderung liegen. In Deutschland leben sehr viele erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in Wohnheimen (Gemeinschaftliche Wohnformen der Behindertenarbeit), in denen sich das Virus ohne intensive Schutzmaßnahmen sehr rasch ausbreiten kann. In Schweden wohnt dagegen die überwiegende Mehrzahl der Menschen mit geistiger Behinderung in Gruppenwohnungen mit vier bis fünf Bewohner/-innen oder in Apartments, die um einen Gemeinschaftsbereich gruppiert sein können, bzw. in einer eigenen Wohnung (Grunewald, 2004; Svenska Institutet, 2007). Kontaktbeschränkungen als Maßnahmen der Expositionsprophylaxe können hier bei korrekter Umsetzung deutlich wirksamer sein, da im Infektionsfall immer nur eine geringe Anzahl von Personen betroffen ist.

Anzahl der Verstorbenen

Ähnlich sieht die Situation bei der Zahl der an COVID-19 Verstorbenen aus. Nach den Daten der vorliegenden Studie sind in den untersuchten Landkreisen in Bezug auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe deutlich mehr Menschen mit geistiger Behinderung an der Infektion verstorben (0,10 %) ⁹ als in der dortigen Durchschnittsbevölkerung (0,021 %; Differenz: 0,079 Prozentpunkte). Auch in Schweden liegt die Zahl der an COVID-19 verstorbenen Erwachsenen mit geistiger Behinderung (0,09 %) über den entsprechenden Zahlen der Durchschnittsbevölkerung (0,033 %). Der Unterschied ist in Schweden – bei deutlich höheren Infektionszahlen - jedoch geringer (Differenz: 0,057 Prozentpunkte).

Möglicherweise spielt es hier eine Rolle, dass in der vorliegenden Studie erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zum regionalen Bevölkerungsdurchschnitt deutlich seltener hospitalisiert wurden (19,2 % vs. 7,69 %). Dies könnte u. a. daran liegen, dass Betreuungskräfte und Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung eine Krankenhausaufnahme oft lange hinauszögern, da Kliniken und Krankenhauspersonal in Deutschland in der Regel nicht auf Menschen mit geistiger Behinderung eingestellt sind (Habermann-Horstmeier, 2019a). Bei den hospitalisierten COVID-19-Patient/-innen mit geistiger Behinderung war der Prozentsatz der hieran Verstorbenen auch deutlich höher als bei den hospitalisierten COVID-19-Patient/-innen aus der regionalen Durchschnittsbevölkerung (71,43 % vs. 31,39 %). Hier könnten neben der möglichen späteren Klinikaufnahme auch die höhere Co-Morbidität der hospitalisierten MmgB (s. u.) sowie andere behin-

⁹ Auch die Daten der Umfrage des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB, 2020) liegen mit 0,08 % in einem ähnlichen Bereich.

derungsassoziierte Faktoren eine Rolle spielen (z. B. ein eingeschränkt arbeitendes Immunsystem wie beim Down-Syndrom oder motorische Einschränkungen, die zu Problemen beim Husten und Schlucken führen; Habermann-Horstmeier, 2019a). Wie viele der an COVID-19 erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung in Schweden hospitalisiert wurden und wie viele der hospitalisierten Patient/-innen verstarben, lässt sich den vorliegenden Daten nicht entnehmen (Cehajic et al., 2020).

Nach Angaben der Gesundheitsämter waren fast alle erkrankten sowie alle verstorbenen Menschen mit geistiger Behinderung in der vorliegenden Studie Bewohner stationärer Behinderteneinrichtungen. Ähnliche Ergebnisse zeigt die angeführte Untersuchung aus den Niederlanden, wo 90 % der infizierten Menschen mit geistiger Behinderung in speziellen Wohneinrichtungen (groepswooning) lebten (Radboud University Medical Center, 2020). Die Wohn- und Betreuungsform der Menschen mit geistiger Behinderung scheint also auch bei dem Prozentsatz der Verstorbenen eine wichtige Rolle zu spielen.

Letalität

Die Letalitätsraten (Fallsterblichkeit; Verhältnis Inzidenzfälle zu ursachenspezifischen Todesfällen) der Menschen mit geistiger Behinderung in den Niederlanden unterschieden sich im Mai 2020 kaum von denen der entsprechenden Durchschnittsbevölkerung (Gesamtbevölkerung 12,9 % vs. MmgB 13 %). In Deutschland lagen sie im Juni 2020 - bei insgesamt deutlich niedrigeren Werten - leicht unter denen der Durchschnittsbevölkerung (6 Landkreise: regionale Durchschnittsbevölkerung 5,94 % vs. MmgB: 5,49 %). Sehr ähnliche Zahlen finden sich in der zitierten US-amerikanischen Studie (MogB¹⁰ 5,4 % vs. MmgB 5,1 %) vom Mai 2020. In Schweden war die Fallsterblichkeit allerdings zum Studienzeitpunkt (Mai 2020) bei den nach § 9LSS betreuten erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung (8,1 %) deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung (13,5 %), jedoch höher als in der vorliegenden Studie sowie in der Studie von Turk et al. (2020), aber niedriger im Vergleich zu den Daten des Radboud University Medical Centers (2020).

Bei der Betrachtung der Fallsterblichkeit ist zu beachten, dass alte und sehr alte Menschen (≥ 70 J.) - bei denen in allen zitierten Ländern die überwiegende Zahl der Todesfälle vorkam - in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung kaum vertreten sind. Ihre durchschnittliche Lebenserwartung ist zwar in den letzten Jahrzehnten ebenfalls deutlich angestiegen, sie liegt jedoch noch immer einige Jahre unterhalb der Lebenserwartung der jeweiligen Durchschnittsbevölkerung. Dies liegt v. a. daran, dass insbesondere Menschen mit Down Syndrom, Menschen mit anderen genetischen Syndromen, Speicherkrankheiten oder einer schweren infantilen Zerebralparese aufgrund behinderungsspezifischer Faktoren

¹⁰ MogB = Menschen ohne geistige Behinderung

eine deutlich eingeschränkere Lebenserwartung aufweisen als andere Menschen mit und ohne geistige Behinderung. Menschen mit schwereren Behinderungsformen sterben deutlich häufiger bereits im Kindes-, Jugend- oder frühen Erwachsenenalter. Die niedrigere Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung liegt also v. a. an der deutlich erhöhten Sterblichkeit von Menschen mit einer schwereren Behinderung (Habermann-Horstmeier, 2019b). Sie sind es auch, die aufgrund ihrer größeren Vulnerabilität ein deutlich höheres Risiko haben, bereits in jüngeren Jahren an COVID-19 zu versterben. Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung und solche ohne Co-Erkrankungen haben dagegen eine höhere durchschnittliche Lebenserwartung, die an die Lebenserwartung der Durchschnittsbevölkerung heranreichen kann. Die hier zitierte niederländische Untersuchung konnte zeigen, dass dort die Mehrzahl der Infektionsfälle bei Menschen mit geistiger Behinderung auftraten, die jünger als 70 Jahre alt waren (84 %; Radboud University Medical Center, 2020), während es bei Menschen ohne geistige Behinderung umgekehrt war. Auch bei Turk et al. (2020) gab es unter den an COVID-19 verstorbenen Menschen mit geistiger Behinderung deutlich mehr Jüngere als unter den Menschen ohne geistige Behinderung. Hinzu kommt die höhere generelle Morbidität von Menschen mit geistiger Behinderung. Sie haben nicht nur häufiger gesundheitliche Probleme als die Durchschnittsbevölkerung, Menschen mit geistiger Behinderung sind zudem auch häufiger multimorbide (Esbensen et al., 2007; Anderson et al., 2013; Habermann-Horstmeier, 2018). Dies gilt insbesondere im Vergleich zur entsprechenden Alterskohorte der jeweiligen Bevölkerung. Auch COVID-19-Patient/-innen mit geistiger Behinderung weisen häufiger krankheitsassoziierte Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus auf als Patient/-innen ohne geistige Behinderung (Tusk et al., 2020). In der niederländischen Untersuchung waren die am häufigsten registrierten Co-Morbiditäten von COVID-19-Patient/-innen mit geistiger Behinderung Übergewicht (52 %), Epilepsie (12 %) und chronische Herzerkrankungen (10 %; Radboud University Medical Center, 2020).

Die bereits in jüngeren Jahren deutlich höhere Morbidität der Menschen mit mittlerer und schwerer geistiger Behinderung trägt also mit dazu bei, dass sich die Fallsterblichkeit der Menschen mit geistiger Behinderung in den meisten der zitierten Studien - trotz unterschiedlicher Alterszusammensetzung - nicht oder nur gering von der der jeweiligen Durchschnittsbevölkerung zum untersuchten Zeitpunkt unterscheidet. Bei der Betrachtung entsprechender Daten ist also immer die große Heterogenität der Menschen mit geistiger Behinderung mit zu berücksichtigen. Auch in Bezug auf das COVID-19-Infektionsgeschehen gibt es nicht **die** Menschen mit geistiger Behinderung. Innerhalb dieser sehr heterogenen Gruppe haben Menschen ein unterschiedlich hohes Risiko, an COVID-19 zu erkranken und zu versterben.

Inwieweit weitere Einflussfaktoren wie die Art und die Umsetzung präventiver Maßnahmen (z. B. Kontaktbeschränkungen, Schutzkleidung), die Testhäufigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung (im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung), das frühzeitige Erkennen einer Krankheit als COVID-19-Erkrankung durch Betreuungspersonen oder Angehörige, der Zeitpunkt der Inanspruchnahme therapeutischer Möglichkeiten oder ggf. auch eingeschränktere therapeutische Maßnahmen beim Vorliegen einer schwereren geistigen Behinderung hier eine Rolle spielen, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht sagen. Auch die Frage, warum die Fallsterblichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung in Schweden so deutlich unterhalb der Fallsterblichkeit der dortigen Durchschnittsbevölkerung liegt, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass die relativ hohen Infektionszahlen in der Bevölkerung bei gleichzeitig dezentraler Wohn- und Betreuungssituation der Menschen mit geistiger Behinderung dazu geführt haben kann, dass sich auch mehr Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung infiziert haben, die ein geringeres Erkrankungs- und Sterberisiko haben.

7. Fazit und Ausblick

Zusammenfassend betrachtet sind vor allem Menschen mit geistiger Behinderung, die in Behindertenwohnheimen leben, insbesondere aufgrund ihrer Wohn- und Betreuungsform deutlich häufiger Opfer der COVID-19-Pandemie als die entsprechende Durchschnittsbevölkerung zum selben Zeitpunkt. Bei den meisten der derzeit vorliegenden Untersuchungen unterscheidet sich ihre Fallsterblichkeit jedoch kaum von der der Durchschnittsbevölkerung. Nähere Betrachtungen zeigen, dass die Art und die Schwere der Behinderung die Fallsterblichkeit der Menschen mit geistiger Behinderung stark beeinflussen kann. Um korrekte Aussagen für diese Bevölkerungsgruppe machen zu können, muss die Situation bei Menschen mit geistiger Behinderung wesentlich differenzierter betrachtet werden als dies zum Teil bisher geschehen ist. Um das Risiko von Menschen mit geistiger Behinderung, an COVID-19 zu erkranken, besser einschätzen zu können, sollten mögliche Folgestudien daher zumindest nach der Art und dem Grad der Behinderung, nach Alter, Geschlecht und möglichen Co-Erkrankungen sowie nach der Wohnsituation differenzieren. Die Umsetzung der Forderung der *Deutschen Stiftung Patientenschutz* nach einem bundesweiten Meldesystem für infizierte Heimbewohner/-innen und Pflegekräfte (Neue Osnabrücker Zeitung, 2020) könnte hierzu ein erster Schritt sein.

Bei der Beratung politischer Entscheidungsträger/-innen zu Maßnahmen, die im Rahmen der COVID-19-Pandemie zum Schutz von Menschen mit geistiger Behinderung getroffen werden sollen, sollte nicht nur berücksichtigt werden, dass Menschen, die in Deutschland in 'Gemeinschaftlichen Wohnformen der Behindertenarbeit' (stationären Behinderteneinrichtungen) leben, aufgrund dieser Wohnform ein deutlich höheres COVID-19-Infektions- und

-Sterberisiko haben als ambulant betreute Menschen mit geistiger Behinderung. Gleichzeitig sollte jedoch auch kommuniziert werden, dass die in solchen Einrichtungen lebenden Menschen zudem in der Regel aufgrund der Art und des Grades ihrer Behinderung ein deutlich höheres Risiko haben. Weiterhin sollten politischer Entscheidungsträger/-innen auch darüber informiert sein, dass es Hinweise darauf gibt, dass die Betreuungssituation für Menschen in Wohneinrichtungen zu Beginn der Pandemie in Deutschland oftmals besser war als für Menschen in ambulanter Betreuung (Habermann-Horstmeier, 2020b). Ein optimaler Schutz für Menschen mit geistiger Behinderung während der COVID-19-Pandemie beinhaltet daher immer auch entsprechende Verbesserungen der Wohn- und Betreuungssituation (v. a. mehr gut ausgebildetes Personal und kleinere Wohngruppen).

8. Limitationen der Studie

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden alle Gesundheitsämter im Bundesland Baden-Württemberg (= Grundgesamtheit) kontaktiert. Mehr als ein Viertel der Gesundheitsämter nahmen schließlich an der Umfrage teil. Die entsprechenden Stadt- und Landkreise dieser Gesundheitsämter unterschieden sich stark in ihrer Größe und spiegelten zum Stichtag 10.06.2020 ein sehr unterschiedliches Infektionsgeschehen wider. Die Situation dort war damit durchaus vergleichbar mit der Gesamtsituation im Bundesland Baden-Württemberg.

Bei der Interpretation der vorliegenden Daten ist auch zu berücksichtigen, dass es sich – u. a. aufgrund der unvollständigen Datensätze, die von den Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt wurden - um eine recht geringe Anzahl an bestätigten Fällen bzw. an verstorbenen Menschen mit geistiger Behinderung handelt. Schon geringe Änderungen der Fallzahlen können hier deutliche statistische Auswirkungen haben. Die Betrachtung weiterer Studien aus diesem Themenbereich zeigt jedoch, dass die meisten der Daten durchaus vergleichbar mit den dort publizierten Werten sind.

Wie bereits angegeben, waren zudem keine Angaben zu Alter, Geschlecht und Co-Erkrankungen der untersuchten Menschen mit geistiger Behinderung sowie zum Grad ihrer geistigen Behinderung verfügbar, sodass eine weitergehende Differenzierung und Interpretation nicht möglich waren. In einigen Fällen war den Gesundheitsämtern nicht klar, ob in den meldenden Einrichtungen jeweils ausschließlich Menschen mit geistiger Behinderung leben oder ob dort auch Bewohner mit (zusätzlichen) psychischen Einschränkungen bzw. Körperbehinderungen betreut werden. Sie gingen jedoch davon aus, dass in den Einrichtungen überwiegend Menschen mit geistiger Behinderung leben und es sich auch bei den ambulant betreuten Personen überwiegend um Menschen mit geistiger Behinderung handelt. Nicht erfasst wurden Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung sowie Menschen mit geistiger Behinderung, die bei ihren Angehörigen leben und nicht ambulant betreut werden.

Die im Text genannten Bevölkerungszahlen aus Deutschland beziehen sich jeweils auf den 31.12.2019, da bislang keine aktuelleren Daten verfügbar sind. Auch die Berechnungen des Robert Koch-Instituts legen derzeit noch die Bevölkerungsdaten vom Dezember 2019 zugrunde.

Interessenkonflikt:

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung:

Die Autorin bedankt sich herzlich bei allen Gesundheitsämtern, die an diese Studie teilgenommen haben.

Zitierweise:

Habermann-Horstmeier L. COVID-19-Fallzahlen und Sterberaten in Behinderteneinrichtungen in Baden-Württemberg. Ein Vergleich mit Daten aus Schweden, den Niederlanden und den USA. Villingen Institute of Public Health (VIPH). Stand: 22.09.2020; DOI: 10.13140/RG.2.2.27675.28964

9. Literatur

- Anderson LL, Humphries K. et al. The State of the Science of Health and Wellness for Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellect Dev Disabil.* 2013; 51(5): 385 – 398; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677669/>.
- BeB - Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. Corona in Wohnangeboten. Ergebnisse der Umfrage zur Verbreitung des Corona-Virus und Strategien zum Umgang der Situation in Wohnangeboten der BeB-Mitgliedseinrichtungen. Berlin: BeB KOMPAKT 9/2020.
- Beck I, Franz D und das IMPAK-Team. Stellungnahme des IMPAK-Forschungsprojektes zur Corona-Pandemie und der Situation von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. Universität Hamburg, Fakultät Erziehungswissenschaften, 11. Mai 2020.
- Cehajic A, Lyseel H, Flyckt K. Statistik om bekräftat smittade och avlidna med dödsorsak COVID-19 bland personer med boendeinsats inligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019. Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), 13. Mai 2020.
- Courtenay K, Perera B. COVID-19 and people with intellectual disability: impacts of a pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine.* 2020. DOI: 10.1017/ipm.2020.45.
- Courtenay K. COVID-19: challenges for people with intellectual disability. *British Medical Journal* 2020 Apr 29; 369:m1609. DOI: 10.1136/bmj.m1609. Zugriff am 10.08.2020 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32349992>.
- Destatis. Eurostat-Daten. Deutschland im Vergleich. 2020a; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Deutschland.html> (Zugriff: 20.09.2020).
- Destatis. Eurostat-Daten: Schweden im Vergleich. 2020b; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Schweden.html> (Zugriff: 20.09.2020).
- Destatis. Eurostat-Daten: Niederlande im Vergleich. 2020c; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Niederlande.html> (Zugriff: 20.09.2020).
- Esbensen A, Seltzer M, Greenberg J. Factors predicting mortality in midlife adults with and without Down syndrome living with family. *Journal of Intellectual Disability Research.* 2007; 51(12): 1039-1050. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2788.2007.01006.x/full> (Zugriff: 20.09.2020).
- Grunewald K. Schwedens Weg der Integration: Leben in einer offenen Gesellschaft. 1. September 2004 (Fassung vom 17.7.2004); Vortrag gehalten am 1.9.2004, Landesvertretung Brandenburg in Berlin; <https://www.fdst.de/aktuellesundpresse/imgespraech/integrationschweden/> (Zugriff: 20.09.2020).
- Habermann-Horstmeier L. Die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Betreuungskräfte. Ergebnisse einer qualitativen Public-Health-Studie. (Qualitative Public Health Results on the Situation of People with Intellectual Disabilities during the COVID 19 pandemic - Perspectives from Affected People, their Families and Caregivers.) Villingen Institute of Public Health (VIPH). Stand: 10.08.2020; DOI: 10.13140/RG.2.2.35400.55040
- Habermann-Horstmeier L. Krankheit. In: Habermann-Horstmeier L. Gesundheitsförderung in Behinderteneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: HogrefeVerlag 2018, S. 25 – 59.
- Habermann-Horstmeier L. Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Eine Betrachtung aus Public Health-Perspektive. (People with intellectual disabilities in times of the COVID 19 pandemic. A public health perspective.) Villingen Institute of Public Health (VIPH). Stand: 18.05.2020; DOI: 10.13140/RG.2.2.32624.69121.
- Habermann-Horstmeier L. Sterben und Tod von Menschen mit geistiger Behinderung und schwerer Mehrfachbehinderung aus Sicht der Gesundheitsförderung. In: Bessenich J, Hinz T (Hrsg.). Teilhabe am Lebensende. Freiburg/Breisgau: Lambertus Verlag, 2019b, S. 49 – 61.
- Habermann-Horstmeier L. Umgang mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. CNE Schwerpunkt für Pflegende. *Geriatry up2date.* 2019a; 1(2): 167-181.
- Jessen A. Erhöhtes Risiko bei COVID-19: Alter, Vorerkrankung, Demenz. *Heilberufe* 2020: 72(5), 18-19.
- Lagezentrum COVID-19, Robert Koch-Institut. Persönliche Mitteilungen. E-Mails vom 15. Mai 2020, 13:15 Uhr und vom 16. Mai 2020, 12:25 Uhr.
- LR-BW - Landesregierung Baden-Württemberg. Verordnung der Landesregierung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus SARS-Cov-2 (Corona-Verordnung - CoronaVO). vom 17. März 2020 (in der Fassung vom 28. März 2020); https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Coronainfos/200328_CoronaVO_Konsolidierte_Fassung.pdf (Zugriff: 20.09.2020)..
- Mills WR, Sender S, Lichtefeld J, Romano N, Reynolds K, Price M, Philipps J, White L, Howard S, Poltavski D, Barnes R. Supporting individuals with intellectual and developmental disability during the first 100 days of the COVID-19 outbreak in the USA. *Journal of Intellectual Disability Research* 2020; 64(7): 489-496.
- MSI-BW - Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Tabelle «Coronavirus in Baden-Württemberg: Anzahl der Infizierten und der Todesfälle in Stadt-/Landkreisen; *Download möglich* unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/gesundheitschutz/infektionsschutz-hygiene/informationen-zu-coronavirus/lage-in-baden-wuerttemberg/> (Zugriff: 20.09.2020)
- Neue Osnabrücker Zeitung. Patientenschützer fordern "Corona-Monitor" für Pflegeheime. 22.09.2020 – 01:00; <https://www.presseportal.de/pm/58964/4713131> (Zugriff: 22.09.2020).
- Radboud University Medical Center. „Sterker op eigen benen“ Factsheet Nr.4: COVID-19 in intellectual disabilities. Nijmegen, Netherlands: Radboud University Medical Center, May 29 2020.
- RKI - Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 10.06.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland;

- https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-06-10-de.pdf?_blob=publicationFile (Zugriff: 20.09.2020)
- RKI – Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 08.09.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland; https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2020/2020-09-08-de.pdf?_blob=publicationFile (09.09.2020)
- Sabatello M, Landes SC, McDonald KE. People With Disabilities in COVID-19: Fixing Our Priorities. *The American Journal of Bioethics*. 2020; 20(7): 187-190; DOI: 10.1080/15265161.2020.1779396.
- Schneider T. Persönliche Mitteilung. E-Mail vom 19. Juni 2020, 12:30 Uhr.
- Seitzer P, Dins T, Busch M et al. COVID-19 und Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung. Stellungnahme des Lehrstuhls Pädagogik und Rehabilitation für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung der Universität zu Köln im April 2020 zur Vulnerabilität des Personenkreises. *Teilhaber*. 2020; 59(2): 50–54.
- Statistik-BW - Statistische Berichte Baden-Württemberg. Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg 2019, Artikel-Nr. 3125 19001. 2020; https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/312519001.pdf#search=bev%C3%B6lkerung+landkreise (Zugriff: 20.09.2020)
- Stevens D, Landes SD. Potential Impacts of COVID-19 on Individuals with Intellectual and Developmental Disability: A Call for Accurate Cause of Death Reporting. *RESEARCH BRIEF*, Issue Number 20. April 14, 2020. Syracuse University, Maxwell. DOI: 10.13140/RG.2.2.23687.14249.
- Svensk författningssamling. Förordning om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen COVID-19. Utfärdad den 30 mars 2020. SFS 2020:163. Publicerad den 31 mars 2020; <https://www.svenskförfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2020-03/SFS2020-163.pdf> (Zugriff: 20.09.2020).
- Svenska institutet. Die schwedische Behindertenpolitik. September 2007; https://treffpunkt-schweden.com/assets/files/2010/Die_schwedische_Behindertenpolitik_TS87k_Low.pdf (Zugriff: 20.09.2020).
- Tote K. Persönliche Mitteilung. E-Mail vom 18. Mai 2020, 08:54 Uhr.
- Turk MA, Landes SD, Formica MK, Gross KD. Intellectual and developmental disability and COVID-19-case-fatality trends: TriNetX analysis. *Disability and Health Journal*. 2020; 13(3), 100942; <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100942> (Zugriff: 20.09.2020).
- United States Census Bureau. U.S. and World Population Clock; <https://www.census.gov/popclock/> (Zugriff: 20.09.2020)
- Wandeler G, Marschall J, Gastmeier P, Lagler H. Infektionskrankheiten. In: Egger M, Razum O, Rieder A. (Hrsg.). *Public Health Kompakt*, 3. Aufl. 2018, S. 437 – 481.
- WHO - World Health Organization. COVID-19. Netherlands Situation, 2020a; <https://covid19.who.int/region/euro/country/nl> (Zugriff: 15.09.2020)
- WHO - World Health Organization. COVID-19. Sweden Situation, 2020b; <https://covid19.who.int/region/euro/country/se> (Zugriff: 19.09.2020)
- WHO - World Health Organization. COVID-19. United States of America, 2020c; <https://covid19.who.int/region/amro/country/us> (Zugriff: 19.09.2020)

10. Anhang

Tab. A1 COVID-19-Fallzahlen, -Todesfälle und -Fallsterblichkeit in Schweden, den Niederlanden und den USA zum jeweiligen Studienzeitpunkt sowie am 10. Juni 2020.

Schweden [2020: 10.328.000 Einwohner/-innen]				
	08.05.2020		10.06.2020	
	<i>Anzahl der Infizierten</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>	<i>Anzahl der Infizierten</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>
	25.358	0,24 %	46.290	0,45 %
	<i>Anzahl der Verstorbenen</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>	<i>Anzahl der Verstorbenen</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>
	3.416	0,033 %	4.959	0,048 %
Fallsterblichkeit	13,5 %		10,7 %	

Datenquellen:

Destatis. Eurostat-Daten: Schweden im Vergleich; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Schweden.html> (Zugriff: 20.09.2020)

World Health Organization (WHO). COVID-19. Sweden Situation. <https://covid19.who.int/region/euro/country/se> (Zugriff: 19.09.2020)

Niederlande [2020: 17.408.000 Einwohner/-innen]				
	15.05.2020		10.06.2020	
	<i>Anzahl der Infizierten</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>	<i>Anzahl der Infizierten</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>
	43.481	0,25 %	47.903	0,28 %
	<i>Anzahl der Verstorbenen</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>	<i>Anzahl der Verstorbenen</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>
	5.590	0,032 %	6.031	0,035 %
Fallsterblichkeit	12,9 %		12,6 %	

Datenquellen:

Destatis: Eurostat-Daten: Niederlande im Vergleich; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Staat/EU-Staaten/Niederlande.html> (Zugriff: 20.09.2020)

World Health Organization (WHO). COVID-19. Netherlands Situation. <https://covid19.who.int/region/euro/country/nl> (Zugriff: 19.09.2020)

USA [14.05.2020: 329.646.244 Einwohner/-innen; 10.06.2020: 329.771.658 Einwohner/-innen]				
	14.05.2020		10.06.2020	
	<i>Anzahl der Infizierten</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>	<i>Anzahl der Infizierten</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>
	1.361.522	0,41 %	1.951.096	0,59 %
	<i>Anzahl der Verstorbenen</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>	<i>Anzahl der Verstorbenen</i>	<i>Prozentsatz der Bevölkerung</i>
	82.119	0,025 %	110.770	0,034 %
Fallsterblichkeit	6,0 %		5,7 %	

Datenquellen:

United States Census Bureau. U.S. and World Population Clock. <https://www.census.gov/popclock/> (Zugriff: 20.09.2020)

WHO - World Health Organization. COVID-19. United States of America, 2020c; <https://covid19.who.int/region/amro/country/us> (Zugriff: 19.09.2020)