

Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:283–291
<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03661-z>
 Eingegangen: 8. Juli 2022
 Angenommen: 17. Januar 2023
 Online publiziert: 13. Februar 2023
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2023



Lotte Habermann-Horstmeier

Villingen Institute of Public Health (VIPH), Villingen-Schwenningen, Deutschland

Die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in der COVID-19-Pandemie – Risikofaktoren, Problembereiche, Maßnahmen

Hintergrund

Bevor im Folgenden auf die Situation der Menschen mit geistiger Behinderung (MmGB) während der COVID-19-Pandemie, auf mögliche Risikofaktoren, Problembereiche und zu ergreifende Public-Health-Maßnahmen eingegangen wird, sollen zuerst einmal die in diesem Zusammenhang relevanten Charakteristika dieser Bevölkerungsgruppe kurz beschrieben werden.

Dass das Risiko für einen schweren und ggf. tödlichen Krankheitsverlauf bei Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen sowie bei älteren und alten Menschen höher ist als in der Durchschnittsbevölkerung, zeigte sich bereits in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie [1, 2]. Neben immunsupprimierten Personen sind v. a. Menschen mit hochgradiger Adipositas, Diabetes mellitus, bösartigen Tumoren, chronischen Herz-, Leber-, Lungen- und Nierenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Schlaganfall und Demenz betroffen [3, 4]. Unklar war anfangs, ob auch MmGB generell ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben.

MmGB leiden häufiger als andere Menschen an Atemwegserkrankungen, Epilepsien und psychischen Störungen [5] und sind z. T. bereits in jüngeren Jahren multimorbide. Sie weisen oft pathologische Bewegungsmuster z. B. im Mund-Rachen-Bereich auf, was zu Einschränkungen beim Schlucken, Schnäu-

zen und Abhusten führen kann [6]. Menschen mit *Down-Syndrom*, der häufigsten Form der geistigen Behinderung aufgrund einer Chromosomenaberration, haben zudem oft ein geschwächtes Immunsystem und ein deutlich erhöhtes Risiko, frühzeitig an Demenz zu erkranken [7, 8]. Bei den Todesursachen stehen Atemwegserkrankungen, Dehydrierung, Mangelernährung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der Spitze [9]. All diese Faktoren können möglicherweise zu Risiken für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf werden.

In Deutschland leben die meisten MmGB in stationären Wohneinrichtungen, in Außenwohngruppen solcher Einrichtungen und im ambulanten betreuten Einzel- bzw. Paarwohnen [10]. Da sich das Coronavirus bei unzureichenden Schutzmaßnahmen und häufig wechselnden Betreuungskräften in großen Anlagen besonders schnell ausbreitet, kann auch die Wohnsituation zum Risikofaktor werden [11]. Zu einem Risikofaktor für die psychische Gesundheit wurden zudem die zu Pandemiebeginn verhängten Kontaktbeschränkungen wie die vorübergehenden Betretungsverbote für Behinderteneinrichtungen und die Schließung der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM; [12]).

Doch sind MmGB überhaupt grundsätzlich Risikopersonen für einen schwerwiegenden, ggf. auch tödlichen COVID-19-Verlauf? Wie haben MmGB, ihre Angehörigen und Betreuungskräfte die

COVID-19-Pandemie erlebt? Welche Probleme gab es in der Praxis der Behindertenarbeit im ambulanten wie im stationären Bereich? Wo wurden welche Bedarfe sichtbar? Gab es auch positive Aspekte als Folge der Corona-Schutzmaßnahmen? Welche Public-Health-Maßnahmen sind im Falle einer erneuten Pandemie sinnvoll und nötig? Und was kann die Behindertenarbeit aus der Pandemie lernen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich nun die folgende Zusammenfassung der wesentlichen Entwicklungen seit Pandemiebeginn, die schließlich die Basis für eine kurze Übersicht über mögliche, hierauf aufbauende Public-Health-Maßnahmen bildet.

Pandemiebedingte Veränderungen im Leben der Menschen mit geistiger Behinderung

Für MmGB brachten die zur Eindämmung der Pandemie erlassenen Maßnahmen einschneidende Veränderungen mit sich. Im März 2020 wurden in Deutschland zusätzlich zu den allgemeinen Kontaktbeschränkungen Besuchsverbote für Wohneinrichtungen erlassen. WfbM sowie Förder- und Betreuungsbereiche (FuB) wurden geschlossen. Die Wohneinrichtungen waren gezwungen, neue Tagesstrukturen in den Wohngruppen aufzubauen. In den WfbM fand bis Anfang Mai 2020 nur eine Notbetreuung statt. Später erarbeiteten die Werkstätten

Konzepte, um für einen Teil der Beschäftigten wieder öffnen zu können. Auch als die Werkstätten im Spätsommer 2020 für alle Beschäftigten öffneten, blieben Kontaktbeschränkungen zwischen den einzelnen Arbeits- und Betreuungsgruppen sowie erhebliche Einschränkungen beim Angebot von Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, tiergestützter Therapie, Sport und Bewegung, Theaterspiel etc. bestehen. Auch Ausflüge und das gemeinsame Feiern fanden weiterhin nicht oder nur im kleinsten Kreis statt.

Der Wegfall der Arbeit zu Beginn der Pandemie führte dazu, dass im Wohnbereich sehr schnell neue Tagesstrukturen aufgebaut werden mussten. Vor allem im ambulanten Bereich gab es anfangs, u. a. aufgrund von Personalengpässen, keine ausreichende Betreuung, obwohl hier der Unterstützungsbedarf besonders groß war. Viele ambulant betreute MmGB nahmen die Bedrohlichkeit der Situation sehr intensiv wahr. Gleichzeitig brach ihre zuvor eng getaktete Tagesstruktur fast völlig weg, sie blieben oft über längere Phasen sich selbst überlassen. Auch in den stationären Einrichtungen hatten der Wegfall wichtiger sozialer Kontakte, von Therapien und Freizeitmaßnahmen außer Haus, aber auch die erheblichen Änderungen im Tagesablauf deutlichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Betroffenen. Besonders irritierend war für einen Teil der MmGB der häufigere Wechsel der Corona-Schutzmaßnahmen, etwa wenn sich die Situation aufgrund von Verordnungen änderte oder wenn bei Erkrankungen bzw. Verdachtsfällen im Haus immer wieder Isolations- bzw. Quarantänemaßnahmen angeordnet wurden [11, 13].

Epidemiologie

Bei den folgenden epidemiologischen Daten ist zu beachten, dass diese aufgrund der unterschiedlichen Art und Qualität der Erfassung sowohl regional als auch im Hinblick auf die betrachtete Personengruppe sehr große Unterschiede aufweisen können. So wird z. B. in Deutschland im Rahmen des Meldesystems nicht nach Menschen mit und ohne geistige Behinderung differenziert. Erfasst wird nur, ob es sich um posi-

tiv getestete Personen handelt, die in einer unter § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG)¹ bzw. unter § 23 IfSG² fallenden Einrichtung betreut bzw. behandelt werden oder dort arbeiten. Weder die regionalen Gesundheitsämter noch die Träger von Behinderteneinrichtungen erheben diese Daten systematisch. Zudem ist bei den Studiendaten nicht immer klar, ob es sich bei den Fallzahlen um (gemeldete) Erkrankungsfälle oder um seropositive Fälle handelt, bei denen die Infektion auch symptomlos verlaufen sein kann. Ähnliches gilt für die Verstorbenezahlen, bei denen unklar sein kann, ob es sich um Personen handelte, die durch und/oder mit COVID-19 verstorben sind. Auch wies das Infektionsgeschehen weltweit – insbesondere zu Beginn der Pandemie – regional sehr große Unterschiede auf. In den verschiedenen Phasen der Pandemie wurde zudem regional und in Bezug auf einzelne Bevölkerungsgruppen unterschiedlich häufig getestet. Auch die symptomatischen Fälle wurden nicht immer flächendeckend erfasst. Darüber hinaus können zahlreiche Faktoren das Infektionsgeschehen in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen einer Region in unterschiedlichem Maße beeinflussen, so z. B. die Häufigkeit und Art der zwischenmenschlichen Kontakte, die Wohn- und Arbeitssituation, die Art und Umsetzung präventiver Maßnahmen (z. B. das Tragen von FFP2-Masken, Hygiene-, Isolierungs- bzw. Quarantänemaßnahmen), die Impfquote (Grundimmunisierung, Auffrischimpfungen) oder bereits durchgemachte Infektionen mit unterschiedlichen SARS-CoV-2-Varianten.

¹ 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.

² Hierbei handelt es sich lt. Gesetz v. a. um Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Tageskliniken, Arzt- und Zahnarztpraxen, ambulante Pflegedienste und Rettungsdienste.

Erste epidemiologische Daten zu COVID-19 bei MmGB wurden in den Niederlanden [14], in Schweden [15] und den USA [16] bereits im Mai/Juni 2020 publiziert. In Deutschland führte der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) im Mai/Juni 2020 eine Umfrage in den Mitgliedseinrichtungen durch, an der insgesamt 112 Institutionen mit Wohnangeboten teilnahmen. Hierbei handelte es sich allerdings nicht um eine repräsentative Erhebung [17]. Um möglichst valide Daten zu gewinnen, wurden daher zum Stichtag 10.06.2020 Daten der Gesundheitsämter der Land- und Stadtkreise in Baden-Württemberg zur Anzahl der mit SARS-CoV-2 infizierten, wegen COVID-19 hospitalisierten und/oder daran verstorbenen MmGB erfasst. An der Studie nahmen 26,3% der Gesundheitsämter teil. Da das Infektionsgeschehen bundesweit in diesem Zeitraum sehr große Unterschiede aufwies, wurden die erhobenen Daten mit denen der Durchschnittsbevölkerung im jeweiligen Kreis verglichen. Seit Beginn der Pandemie hatten sich dort deutlich mehr MmGB als in der Durchschnittsbevölkerung mit SARS-CoV-2 infiziert (Ø 0,32%; MmGB 1,87%), zudem waren mehr MmGB an COVID-19 verstorben (Ø 0,015%; MmGB 0,10%). Die Fallsterblichkeit (*Case Fatality Rate* – CFR) unterschied sich jedoch in beiden Gruppen – ähnlich wie bei den US-Daten [16] – nur geringfügig (Ø 5,94%; MmGB 5,49%; [19]). Wie in den Niederlanden [15] lebten fast alle erkrankten (98,9%) und alle verstorbenen MmGB in stationären Behinderteneinrichtungen. Es fiel auf, dass die erkrankten MmGB deutlich seltener hospitalisiert wurden als Personen der Durchschnittsbevölkerung (Ø 19,2%; MmGB 7,7%). Die hospitalisierten MmGB verstarben jedoch sehr viel häufiger an COVID-19 (Ø 31,4%; MmGB 71,4%; [18]).

Im US-Bundesstaat New York war die Inzidenz zu Beginn der Pandemie bei in betreuten Wohngruppen lebenden MmGB mehr als viermal so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt. Auch die Fallsterblichkeit lag hier mit 15,0% fast doppelt so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung (7,9%). Besonders auffallend war, dass MmGB, die in betreu-

L. Habermann-Horstmeier

Die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in der COVID-19-Pandemie – Risikofaktoren, Problembereiche, Maßnahmen

Zusammenfassung

Viele Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB) waren wesentlich stärker von COVID-19 betroffen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Aufgrund ihrer Wohn- und Betreuungsformen sowie behinderungsassoziierter Gesundheitsfaktoren (wie etwa beim Down-Syndrom) war die Morbidität in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich erhöht. Dies führte u. a. zu einer höheren Inzidenz in stationären Einrichtungen, einer höheren Sterblichkeit bei hospitalisierten Erkrankten und einer höheren Fallsterblichkeit bei bestimmten Subgruppen. Risikofaktoren waren Co-Erkrankungen wie Dysphagie, Epilepsie oder psychische Störungen. Hinzu kamen gesundheitliche Folgen durch einschränkende Maßnahmen der Expositionsprophylaxe zu Beginn der COVID-19-Pandemie.

Dieser Übersichtsartikel beschreibt die wesentlichen Entwicklungen in der Versorgung von MmgB seit Pandemiebeginn. Neue bzw. eine Verstärkung bereits vorhandener psychischer Probleme traten häufiger bei ambulant oder von Angehörigen betreuten MmgB auf. MmgB in stationären Wohneinrichtungen waren seltener betroffen. Gründe für psychische Probleme waren v. a. fehlende soziale Kontakte, weggefallene Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, die Angst machende Pandemiesituation sowie die großen strukturellen und personellen Veränderungen in den Einrichtungen zu Beginn der Pandemie. Während der Pandemie gab es zudem Probleme bei der Umsetzung therapeutischer und präventiver Maßnahmen. Dagegen wirkte sich vor allem im stationären

Bereich die mit den Einschränkungen verbundene „Entschleunigung des Lebens“ zu Pandemiebeginn bei einem Teil der MmgB auch stressreduzierend aus und wurde von ihnen als etwas Positives empfunden. Betreuungskräfte hatten mehr Zeit für die eigentliche (= pädagogische) Arbeit. Insgesamt zeigte sich, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen auch während der Pandemie die große Heterogenität der MmgB und ihrer Lebensbedingungen berücksichtigen müssen.

Schlüsselwörter

COVID-19 · Intellektuelle Entwicklungsstörung · Risikogruppe · Heterogenität · Pandemiebedingte Auswirkungen

The situation of people with intellectual and developmental disabilities in the COVID-19 pandemic—risk factors, problem areas, and measures

Abstract

Many people with intellectual and developmental disabilities (IDD) were much more affected by COVID-19 than the average population. The morbidity in this population group was significantly higher due to the form of their housing and care as well as disability-associated health factors (such as Down's syndrome). This led, among other things, to a higher incidence of inpatient settings, a higher mortality rate among hospitalized patients, and a higher case fatality rate among certain subgroups. Risk factors were co-diseases such as dysphagia, epilepsy, or mental disorders. In addition, there were health consequences from restrictive exposure prophylaxis measures at the beginning of the COVID-19 pandemic.

This overview article describes the main developments in the care of people with IDD since the beginning of the pandemic. New mental problems or an increase in existing mental problems occurred more frequently in people with IDD who were cared for on an outpatient basis or by relatives. People with IDD in inpatient residential facilities were less frequently affected. The main reasons for psychological problems were lack of social contacts, lost work and employment opportunities, the frightening pandemic situation, and the major structural and personnel changes in the facilities at the beginning of the pandemic. During the pandemic, there were also problems with the implementation of therapeutic and preventive

measures. On the other hand, especially in the inpatient area, the “slowing down of life” associated with the restrictions at the beginning of the pandemic also had a stress-reducing effect on some of the people with IDD and was perceived by them as something positive. Caregivers had more time for the genuine (i.e., pedagogical) work. Overall, it was shown that health-promoting measures must also take into account the great heterogeneity of the people with IDD and their living conditions during the pandemic.

Keywords

COVID-19 · Intellectual and developmental disability · Risk group · Heterogeneity · Pandemic-related effects

ten Wohngruppen lebten, fast achtmal so häufig an COVID-19 starben wie die Durchschnittsbevölkerung [19]. In Kalifornien war die Inzidenz (Mai bis Oktober 2020) bei betreuten MmgB im Vergleich zu Personen, die keine Betreuung in Anspruch nahmen, zwar durchschnittlich um 60 % niedriger, ihre Fallsterblichkeit jedoch 2,8-mal höher. Die Zahl der Infizierten war dort besonders hoch, wo eine größere Anzahl von

Personen zusammenlebte, wogegen die Mortalität und die Fallsterblichkeit in solchen Einrichtungen besonders hoch waren, die eine qualifizierte 24-Stunden-Betreuung bereitstellten [20]. Eine weitere Studie mit Daten aus mehreren US-Bundesstaaten bestätigte, dass MmgB, die in Einrichtungen lebten bzw. eine 24-Stunden-Betreuung erhielten, eine deutlich höhere Fallsterblichkeit aufwiesen

als die entsprechende Durchschnittsbevölkerung [21].

Sind Menschen mit geistiger Behinderung Risikopersonen?

Die epidemiologischen Daten legten nahe, dass es sich bei der Gruppe der MmgB insgesamt oder bei bestimmten Subgruppen um Risikopersonen für einen schwerwiegenden, ggf. auch

tödlichen COVID-19-Verlauf handelt. Nach einer US-amerikanischen Studie erkrankten v. a. MmGB in größeren stationären Wohneinrichtungen, ältere MmGB, Menschen mit Down-Syndrom und Personen mit chronischen Nierenerkrankungen. MmGB mit zusätzlicher Herzerkrankung verstarben häufiger an COVID-19 [22].

Eine Studie aus dem Vereinigten Königreich und Irland betonte, dass einige der Risikofaktoren für einen schweren Verlauf unterschiedlich häufig bei Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer geistiger Behinderung vorkommen, was bei einer Risikoeinschätzung mitberücksichtigt werden sollte. Bluthochdruck ist hiernach v. a. in der Gruppe der Personen mit leichter geistiger Behinderung ein Risikofaktor für eine erhöhte Mortalität. Dagegen kommt die Dysphagie signifikant häufiger bei Menschen mit mäßiger bis schwerer geistiger Behinderung vor. Sie führt ebenfalls signifikant häufiger zu einer Aspirationspneumonie und einer erhöhten COVID-19-Sterblichkeit. Epilepsien, Demenz, eine zusätzliche psychische Erkrankung sowie sog. herausforderndes Verhalten stellen dagegen unabhängig vom Grad der geistigen Behinderung erhebliche Risikofaktoren für einen tödlichen COVID-19-Verlauf dar. Etwa ein Drittel der an COVID-19 Verstorbenen waren hier Menschen mit Down-Syndrom, obwohl die Prävalenz des Down-Syndroms nur bei etwa 2,5% lag. Die Studie führte die hohe Sterblichkeit auf die erhöhte Prävalenz von Atemwegserkrankungen und anderen Gesundheitsproblemen bei Menschen mit Down-Syndrom zurück. Das mediane Sterbealter der an COVID-19 verstorbenen Menschen mit Down-Syndrom lag mit 58 Jahren (ø Sterbealter der MmGB: 64 Jahre) deutlich unter dem der Gesamtbevölkerung.³ Mehr als 80 %

³ In Deutschland hat sich der Altersmedian der an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelten Todesfälle in den bisherigen COVID-19-Wellen wenig verändert. Er lag in den Spitzenwochen der ersten Welle bei 83 Jahren, der zweiten Welle Ende 2020 bei 84 Jahren, in der dritten Welle im Frühjahr 2021 bei 78 Jahren, in der vierten Welle Ende 2021 bei 81 Jahren und während der Spitzenwochen der fünften Welle bei 84 Jahren [40].

der Verstorbenen lebten zuvor im betreuten Wohnen bzw. in einem Wohn- oder Pflegeheim. Auch die Exposition gegenüber mehreren Pflegepersonen wird daher als erheblicher Risikofaktor für MmGB angesehen, an COVID-19 zu versterben [23].

Nicht alle MmGB gehören somit zur Gruppe der Risikopersonen. Die Anzahl der Risikopersonen ist jedoch unter den MmGB deutlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Viele MmGB haben bereits aufgrund ihrer Wohn- und Betreuungsform ein höheres Risiko. COVID-19-Patient:innen mit geistiger Behinderung versterben zudem bereits häufig in einem jüngeren Lebensalter. Die Gründe hierfür sind ihre erheblich höhere allgemeine Morbidität sowie verschiedene behinderungsassoziierte Risiken (z. B. bei angeborenen Syndromen).

Problembereiche in der Praxis der Behindertenarbeit

Schon relativ frühzeitig im Pandemieverlauf wurden die indirekten Folgen der einschränkenden Maßnahmen für die körperliche und psychische Gesundheit *alter Menschen* diskutiert. Stichworte waren dabei soziale Isolation, Einsamkeit, verringerte körperliche Aktivität und mangelnde Versorgungskontinuität [45]. Auch hier wurde festgestellt, dass das Risiko für schwere Verläufe je nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Subgruppe unterschiedlich war, was eine differenzierte Anpassung der Maßnahmen (Infektionsschutz, soziale Unterstützung, medizinische/pflegerische Versorgung) nötig machte [24].

Das Fehlen sozialer Kontakte. Eine frühe qualitative Studie aus Deutschland zeigte, dass die kontaktbeschränkenden Maßnahmen auch im Behindertenbereich zu einschneidenden Veränderungen geführt haben [13]. Das Fehlen wichtiger sozialer Kontakte – v. a. des direkten Körperkontakts zu Angehörigen/Betreuern – wirkte sich insbesondere bei Personen mit stärkeren sozioemotionalen Einschränkungen negativ auf das Wohlbefinden aus. Hier fehlte oft das Verständnis dafür, warum die Angehörigen

jetzt keinen direkten Kontakt mehr zu ihnen haben durften. Psychologische Fachkräfte berichteten, dass einige MmGB sehr stark unter der Trennung von ihren Angehörigen litten und Heimweh, Trauer und Verzweiflung bei ihnen zu einer emotionalen Verstörung führten. MmGB beschrieben ihre Sehnsucht nach nahen Angehörigen, Partnern, Freunden und Kontaktpersonen am Arbeitsplatz. Telefon, Video-Telefonie etc. waren nun v. a. für Menschen mit leichteren Formen einer geistigen Behinderung besonders wichtig, um diese Kontakte aufrechtzuerhalten [13], während ein solcher Zugang für viele Menschen mit schwerer geistiger Behinderung aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung nicht möglich war.

Psychische Probleme aufgrund struktureller und personeller Veränderungen. Einige MmGB reagierten auf die großen strukturellen und personellen Veränderungen mit Unruhe und psychischen Auffälligkeiten [44]. Dies hatte zur Folge, dass v. a. Personen mit psychischen Vorerkrankungen häufiger mit Angst- und Unruhezuständen auffielen und sich bestehende Symptomatiken verschlechterten. Zudem zeigten sich in den ersten Pandemiewochen auch bei den Betreuungskräften und Angehörigen Ängste und eine vermehrte Anspannung. Deren Emotionen übertrugen sich oft auf die MmGB, die das Geschehen selbst nicht einordnen konnten [13]. Ähnliches berichtete eine US-amerikanische Befragungsstudie, an der sich 437 MmGB bzw. deren Betreuungskräfte beteiligten. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden gaben eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit an, die deutlich mit dem Wegfall von Betreuungsangeboten korrelierte [25].

Probleme aufgrund der fehlenden Arbeitsmöglichkeit. Die vorübergehende Schließung der WfbM, aber auch die danach weiter bestehenden Einschränkungen führten bei einigen MmGB zu Verhaltensänderungen (sozialer Rückzug, depressives, unruhiges, aggressives Verhalten). Die Betroffenen vermissten neben ihrer Arbeit auch die persönlichen Kontakte zu ihren Kolleg:innen, Betreuungskräften und Therapeut:innen [13,

26]. Verhaltensänderungen kamen v. a. dort vor, wo es Probleme beim raschen Aufbau einer neuen Tagesstruktur im Wohnbereich gab [13]. Einer qualitativen Studie aus Norddeutschland zufolge, in der Führungskräfte und Beschäftigte im Rahmen von Fokusgruppen- und Einzelinterviews befragt wurden, war die Situation für MmGB, die in sozialen Betrieben in der Gastronomie oder im Verkauf arbeiteten, besonders problematisch [27].

Probleme im ambulanten Bereich. Es zeigte sich, dass stationär betreute MmGB die Einschränkungen zum Teil besser verkrafteten als Personen in ambulanter Betreuung, die meist weniger starke intellektuelle und sozioemotionale Einschränkungen aufweisen. Bei ihnen traten durch das Wegbrechen der Außenkontakte und den Verlust der Arbeit – ohne dass im ambulanten Bereich eine neue Tagesstruktur aufgebaut werden konnte – oftmals Gefühle des Eingesperrtseins, der Einsamkeit und der Überforderung auf. Ohne regelmäßige Kontakte zu Betreuungspersonen oder Therapeut:innen führten beunruhigende Informationen aus den Medien bei ihnen deutlich häufiger zu emotionalen Störungen. Auch andere gesundheitsbezogene Risiken (z. B. Bewegungsmangel, Übergewicht, fahrlässiger Umgang mit Alkohol/anderen Drogen) nahmen zu. Eine Zunahme des Alkohol- und Medikamentenkonsums zeigte sich v. a. in der ambulanten Betreuung bei MmGB, die an einer psychischen Störung litten [26]. Eine Betreuungskraft wies darauf hin, dass die pandemiebedingten Einschränkungen die dort bereits vorhandenen Probleme, wie Vereinsamungs- und Verwahrlosungstendenzen, erst sichtbar machten [13]. An dieser Stelle soll jedoch noch einmal betont werden, dass es auch in stationären Wohnformen während der Pandemie über die direkten COVID-19-Erkrankungsfolgen hinaus gesundheitsbezogene Probleme bei den dort lebenden MmGB gab, die bislang jedoch noch nicht in allen Einzelheiten erforscht wurden.

Probleme bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen. Die Verordnungen zu

Kontaktbeschränkung und Expositionsprophylaxe wurden nach einer kleinen qualitativen Studie, in der Leitungs- und Fachpersonen aus Behindertenwohnrichtungen und Vertreter:innen von Bundes- und Fachverbänden für Menschen mit Behinderung im Rahmen von leitfadengestützten Telefoninterviews befragt wurden, in den Behinderteneinrichtungen meist gut umgesetzt [26]. Das Einhalten der Hygienekonzepte stellte aufgrund der Besonderheiten der zu betreuenden MmGB jedoch eine große Herausforderung dar. In den ersten Pandemiephasen konnten die meisten Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsangebote nicht wahrgenommen werden. Verschiedenste therapeutische Angebote fanden über längere Zeiträume nicht statt [13].

Probleme der betreuenden Angehörigen. Nach einer qualitativen Interviewstudie aus Polen, an der 22 Eltern erwachsener MmGB teilnahmen, mussten diese selbst als Therapeut:innen tätig werden, als entsprechende Angebote pandemiebedingt wegbrachen. In Polen leben erwachsene MmGB größtenteils bei den Eltern und nehmen normalerweise Tagesunterstützungsangebote wahr. Während der Pandemie hatten die Eltern zudem häufig Probleme beim Umgang mit schwierigem Verhalten ihrer behinderten Kinder und beklagten den Mangel an sozialen Kontakten. Schwierigkeiten gab es auch bei der Vereinbarkeit von beruflichen, häuslichen und unterstützenden Aufgaben. Hinzu kamen materielle Probleme und Organisationsschwierigkeiten [28].

In Deutschland holten einige Eltern ihre erwachsenen Kinder mit geistiger Behinderung zu Beginn der Pandemie aus Furcht vor einer Ansteckung aus Wohneinrichtungen nach Hause. Auch hier kam es vermehrt zu Verhaltensauffälligkeiten bei den betroffenen MmGB. Die Angehörigen klagten über Stress und fühlten sich mit ihren Problemen alleingelassen [13]. Besonders groß waren jedoch die Probleme der Eltern von minderjährigen Kindern mit geistiger Behinderung. Auch bei ihnen brach das Netzwerk aus Kita/Schule, Therapie- und Entlastungsangeboten mit Beginn der Pandemie zusammen. Anders als bei den

erwachsenen MmGB gab es hier jedoch z. T. über viele Monate keinen Unterricht, was Eltern nach Aussage verschiedener qualitativer Studien und einer systematischen Literaturrecherche an ihre Belastungsgrenzen brachte und bei den Kindern zu Entwicklungsrückschritten führte [29–31].

Positive Aspekte der Corona-Schutzmaßnahmen

Gleichzeitig empfanden viele in Einrichtungen lebende MmGB die mit den Einschränkungen verbundene „Entschleunigung des Lebens“ zu Pandemiebeginn als etwas Positives. Betreuungskräfte hatten nun mehr Zeit für die eigentliche (= pädagogische) Arbeit. Dadurch reduzierten sich bei einem Teil der stationär betreuten MmGB die Stresssymptome und die psychischen Auffälligkeiten. Hier zeigte sich, dass die Vor-Corona-Bedingungen z. B. für Menschen mit stärkeren sozioemotionalen Einschränkungen und Personen mit Autismus-Spektrumstörung (ASS) oft nicht optimal waren. Positive Entschleunigungsaspekte gab es überwiegend in Wohneinrichtungen, weniger im ambulanten Bereich [13, 44].

Betreuungskräfte berichteten zudem von positiven Veränderungen im Ernährungsverhalten der MmGB als Folge der Kontaktbeschränkungen [26]. Nach einer kleinen qualitativen Studie aus Deutschland schätzten auch Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Down-Syndrom die Gesundheits- und Bewegungssituation ihrer Kinder im Vergleich zur Vor-Corona-Situation nun als besser ein [30].

Nach den Angaben einer repräsentativen quantitativen Studie aus Irland nahmen die familiären Kontakte zwischen in Wohngruppen lebenden oder ambulant betreuten erwachsenen MmGB und ihren Angehörigen während der frühen Pandemiephasen deutlich zu. Zur Aufrechterhaltung dieser Kontakte wurden verschiedene Technologien (z. B. Telefon, E-Mail, Facebook) genutzt [32].

	SEO-Phase 1	SEO-Phase 2	SEO-Phase 3	SEO-Phase 4	SEO-Phase 5
Referenzalter ^a	0 - 6 Monate	6 - 18 Monate	1,5 - 3 Jahre	3 - 7 Jahre	7 - 12 Jahre
Entwicklungsstufen	Integration von Wahrnehmung und äußeren Strukturen	Soziale Bindungen	Ich-Du-Differenzierung	Ich-Bildung	Kompetitives und moralisches Ich
	Kein eigenes Körper-Ich	Bildung einer Vertrauensbasis	Persönlichkeitsaufbau	Lernen aus Erfahrung	Logisches Denken
		Ausprobieren eigener Fähigkeiten	Sichere Objektpermanenz	Soziale Regeln und Akzeptanz	Streben nach Autonomie
				Gruppenfähigkeit	
Grad der intellektuellen Behinderung (IB)	Schwerste IB		Schwere IB	Mittlergradige IB	Leichte IB
Intelligenzquotient (IQ)	Bis 20		20 - 35	35 - 50	50 - 70

Abb. 1 ▲ Einordnung des Grades der geistigen Behinderung einer Person anhand des Grades ihrer sozioemotionalen Entwicklung (SEO-Konzept nach Došen [42] und Sappok und Zepperitz [43]) und ihres Intelligenzquotienten. Bei dieser Zuordnung handelt es sich um eine stark vereinfachende Darstellung. Das kognitive Niveau eines Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB) kann sich auch deutlich vom erreichten sozioemotionalen Niveau unterscheiden. Zudem können sich beide Faktoren im Verlauf des Lebens z. B. durch weiteres Lernen, aber auch durch das Absterben von Nervenzellen im Gehirn mit zunehmendem Alter ändern. ^aReferenzalter: Das SEO-Konzept ordnet das sozioemotionale Leistungsniveau von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung dem Lebensalter zu, in dem das entsprechende Leistungsspektrum im Verlauf der regelrechten kindlichen Entwicklung erreicht wird (vereinfachende Zuordnung). Es betrachtet Menschen mit geistiger Behinderung dabei grundsätzlich *nicht* als Kinder, sondern als erwachsene Menschen, die im Bereich der Kognition, der Emotion, der psychosozialen Entwicklung etc. unterschiedliche Entwicklungsgrade erreicht haben. (Quelle: eigene Abbildung)

Problembereiche als Ansatzpunkte für Public-Health-Maßnahmen

Die im Fall einer Pandemie zu ergreifenden Maßnahmen der Expositionsprophylaxe müssen die große Heterogenität der betroffenen MmgB berücksichtigen und eng an die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden. Ein wichtiger Aspekt dieser Heterogenität ist – neben den Unterschieden in den behinderungsassoziierten Gesundheitsfaktoren – der Grad der geistigen Behinderung, bei dem sich intellektueller und sozioemotionaler Entwicklungsgrad auch unterscheiden können (▣ Abb. 1). Besonders hoch ist der Gefährdungsgrad in stationären Einrichtungen, bei Menschen mit Down-Syndrom sowie bei MmgB mit Co-Erkrankungen wie Epilepsie, Demenz, psychischen Störungen oder Dysphagie. Der Prozentsatz der MmgB mit mehreren Co-Erkrankungen ist im stationären Bereich deutlich höher als in der ambulanten Betreuung. Zudem müssen

etwaige gesundheitliche Folgen der einschränkenden Maßnahmen bedacht werden. Benötigt werden klare Regeln, die über einen längeren Zeitraum Bestand haben, da viele MmgB einen häufigen Wechsel schlecht tolerieren.

Gruppengröße, Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen. Das Ansteckungsrisiko ist auch in größeren Einrichtungen und während hoher Infektionsgefahr dann niedriger, wenn Kleingruppen aus 4–6 Personen gebildet werden, kein direkter Kontakt zwischen den Gruppen besteht, eine ausreichende Zahl an Betreuungskräften jeweils nur für eine Gruppe zuständig ist und kein physischer Kontakt unter den Betreuungskräften verschiedener Gruppen besteht. Die Bewohner:innen können auch bei höherem Infektionsrisiko nach draußen gehen (Aufenthalte in der Natur wirken sich v. a. in psychologischer Hinsicht sehr positiv aus), wenn sichergestellt ist, dass sie dort keinen näheren Kontakt zu anderen Personen haben und ggf. eine

FFP2-Maske tragen. Grundsätzlich sind Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen bei Menschen mit stärkeren intellektuellen/sozioemotionalen Einschränkungen schwieriger umzusetzen, da sie die Maßnahmen meist nicht konsequent einhalten können. Aber auch Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung benötigen Zeit, um alles zu verstehen und einzuüben [33, 34]. Soweit möglich, sollten auch in Phasen mit hoher Infektionsgefahr therapeutische Angebote stattfinden, die dann ggf. kurzfristig auch online oder durch instruierte Betreuungskräfte/Angehörige durchgeführt werden.

Notfallplan „Corona“. Zu den wichtigsten Maßnahmen der Einrichtungsleitungen gehört die Erarbeitung eines Notfallplans, der detailliert die nötigen Handlungsabläufe beschreibt (z. B. bei der Verhängung von Quarantänemaßnahmen, bei einer SARS-CoV-2-Infektion von Bewohner:innen/Mitarbeitenden in der Einrichtung, bei einem Klinikaufenthalt

von Bewohner:innen mit COVID-19, bei der Rückkehr von Bewohner:innen aus der Klinik in die Einrichtung). So muss etwa beim Ausfall mehrerer Betreuungskräfte eine ausreichende Betreuung der MmGB gewährleistet sein, zudem müssen Räumlichkeiten zur Isolierung infizierter Personen vorhanden sein. Um Traumatisierungen durch einen Klinikaufenthalt zu verhindern, muss mit den regionalen Krankenhäusern geklärt werden, wie ggf. die Mitaufnahme einer Begleitperson bzw. regelmäßige Besuche ermöglicht werden können [33, 34]. Zur Koordination der coronabedingten Maßnahmen ist eine verstärkte Kommunikation zwischen verschiedenen Einrichtungsebenen, den involvierten Einrichtungen (Wohnen/Arbeit/Klinik) sowie den Angehörigen der betroffenen MmGB nötig.

Impfung. Schon bevor ein Impfstoff zur Verfügung steht, sollten alle MmGB in leichter Sprache über die besondere Bedeutung einer Impfung für ihren Personenkreis unterrichtet werden. Weiterhin sollten (Online-)Schulungen für Betreuungskräfte und Angehörige von MmGB stattfinden, in denen das deutlich erhöhte Risiko für einen schwerwiegenden, ggf. tödlichen COVID-19-Verlauf bei besonders vulnerablen MmGB erläutert wird. Bereits jetzt kann die Aufklärung der gesetzlich Betreuenden (schriftlich/online) sowie die Einholung der Zustimmung zur Impfung erfolgen. Risikogruppen wie MmGB in Einrichtungen, mit Co-Erkrankungen oder Menschen mit Down-Syndrom sowie deren Betreuungskräfte und nahe Angehörige sollten grundsätzlich bevorzugt geimpft werden. Es ist sinnvoll, die Impfungen durch die Gesundheitsämter direkt in den Wohneinrichtungen bzw. WfbM durchzuführen, die dann ggf. auch weitere Auffrischimpfungen zeitnah anbieten [33, 35].

Gesundheitskompetenz von Betreuungskräften und Menschen mit geistiger Behinderung. Für MmGB sind die Betreuungskräfte meist die ersten Ansprechpartner:innen in Gesundheitsdingen. Die Bedeutung ihrer Gesundheitskompetenz für die Gesundheit der MmGB wurde während der Pandemie

besonders deutlich. Betreuungskräfte müssen Krankheitssymptome bei MmGB rechtzeitig erkennen und daraufhin adäquat handeln können. Sie müssen über Gesundheitswissen verfügen und dieses Wissen präventiv/pflegerisch anwenden können. Zudem müssen sie mit Gesundheitsfachkräften kompetent kommunizieren können. Ihre Gesundheitskompetenz spielt darüber hinaus eine zentrale Rolle beim Aufbau von mehr Gesundheitskompetenz bei MmGB. Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Betreuungskräfte ist daher besonders in Pandemiezeiten eine wichtige Public-Health-Maßnahme, sowohl im ambulanten als auch im stationären Betreuungsbereich [36, 37].

Soziale Kontakte aufrechterhalten. Um psychische Probleme zu verhindern, ist es wichtig, auch weiterhin soziale Kontakte, etwa auf virtuellem Weg, zu ermöglichen [28]. Da Personen mit stärkeren Einschränkungen i. d. R. nicht in der Lage sind, den Kontakt selbst (z. B. über Telefon/digitale Medien) herzustellen, muss eine Unterstützung durch geschulte Betreuungskräfte gewährleistet sein. Besonders wichtig ist die Videotelefonie (z. B. über Skype), da hier der Kontakt nicht nur über akustische, sondern auch über optische Signale erfolgt, sodass MmGB ihre Aufmerksamkeit dann deutlich besser auf das Gespräch fokussieren können [13, 33]. Bislang verfügen viele Einrichtungen allerdings noch nicht über einen leistungsfähigen WLAN-Zugang, zudem fehlen entsprechende Endgeräte⁴ [33, 38]. Ob die vermehrte Nutzung dieser Medien zu Beginn der Pandemie inzwischen zu nachhaltigen Veränderungen geführt hat, ist noch unklar [39].

Wichtig sind jedoch auch alternative physische Kontaktmöglichkeiten, wie z. B. Gespräche am offenen Fenster während eines „Lockdowns“ [26]. Mit der schrittweisen Rücknahme der einschränkenden Maßnahmen wurden unter bestimmten Bedingungen wieder direkte

persönliche Kontakte möglich (kleiner Personenkreis, separate Räumlichkeiten, Testung, Tragen von FFP2-Masken), was sich positiv auf die psychische Situation der MmGB auswirkte [28].

Schneller Aufbau von tagesstrukturellen Maßnahmen und Kontakten zur Natur. Von großer Bedeutung ist auch der schnelle Aufbau einer neuen Tagesstruktur im stationären *und* ambulanten Bereich, die auf die Bedürfnisse der MmGB eingeht und dabei Kontinuität, Sicherheit und Schutz vermittelt. Nur so lassen sich Rückschritte in der Entwicklung der MmGB verhindern [33]. Hierfür wird ausreichend und gut ausgebildetes Personal benötigt. Da die Personalsituation bereits vor der Pandemie vielfach kritisch war [41], wurden v. a. zu Pandemiebeginn fachfremde Hilfskräfte eingesetzt. Einige Einrichtungen baten sogar die Angehörigen der MmGB, diese vorübergehend nach Hause zu holen. Ein höherer Personalschlüssel ist daher sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich auch zukünftig dringend nötig.

Die Pandemie zeigte zudem, wie wichtig regelmäßige Phasen der Bewegung in der Natur [28] sowie der Kontakt zu Tieren für die psychische und physische Gesundheit der MmGB sind. Diese unerlässlichen Bestandteile der neuen Tagesstruktur [13, 31] lassen sich während eines „Lockdowns“ jedoch nur bei ausreichender Personalausstattung in einer zeitweisen 1:1-Betreuung umsetzen.

Fazit: Lernen aus der Pandemie

Wie unter einem Brennglas zeigten sich schon zu Beginn der COVID-19-Pandemie die Stärken und Schwächen der Behindertenarbeit in Pandemiezeiten. Im Zentrum der Diskussion standen anfangs die Einschätzung von MmGB als Risikopersonen für ein erhöhtes Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 sowie für einen schweren und ggf. tödlichen COVID-19-Krankheitsverlauf, aber auch die negativen psychischen Folgen fehlender Sozialkontakte aufgrund der anfangs sehr strengen Kontaktbeschränkungen, die im Verlauf der Zeit nur schrittweise gelockert wurden. Berichtet wurde von Angst- und Unruhezuständen, depressi-

⁴ Ein Vorschlag der Autorin, hierzu alte, ausgemusterte Handys von Angehörigen mit einer neuen SIM-Card auszustatten, wurde von den angesprochenen Einrichtungen zu Beginn der Pandemie jedoch kaum aufgegriffen.

ver Symptomatik und einer Verschlechterung bereits bestehender psychischer Störungen v. a. bei ambulant betreuten MmGB. Ein Teil der MmGB erlebte den Anfang der Pandemie mit der Entschleunigung des Lebens und den zusätzlichen virtuellen Kommunikationsmöglichkeiten jedoch durchaus auch als positiv. Ihr Leben, das zuvor stark durchgetaktet war, folgte nun viel mehr den eigenen Rhythmen, was die psychische Gesundheit stabilisierte. Obwohl sich die betroffenen MmGB wünschten, dass dies in die „Nach-Corona-Zeit“ mit hinübergenommen werden sollte [13], gibt es inzwischen erste Hinweise aus der Praxis, dass solche positiven Ansätze vielfach nicht verstetigt wurden.

Es bietet sich an, die genannten Problembereiche als Ansatzpunkte zu nutzen, hier neue, gesundheitsfördernde Strukturen zu entwickeln, die die Heterogenität der MmGB stärker berücksichtigen. Im Zentrum sollten die Vermittlung von Sicherheit durch eine größere Kontinuität bei den Betreuungskräften, das Ermöglichen sozialer Kontakte auch in Pandemiezeiten (z. B. durch Impfungen, regelmäßiges Testen, Tragen von FFP2-Masken bei Besuchen, aber auch über virtuelle Kommunikationsmöglichkeiten), eine bedürfnisangepasste Tagesstruktur etwa mit regelmäßiger Bewegung und Kontakt zu Natur/Tieren in den Wohneinrichtungen und im ambulanten Betreuungsbereich sowie eine den Fähigkeiten und Wünschen der MmGB entsprechende sinnstiftende Arbeit bzw. Beschäftigung mit individuell angepassten Arbeitszeiten stehen.

Einrichtungen für MmGB müssen sich bereits vor Beginn einer Pandemie auf die dann möglicherweise auftretenden Probleme vorbereiten (z. B. bzgl. der Wohnstrukturen, der Bevorratung von Desinfektionsmitteln, Masken) und dabei Personen mit erhöhtem Infektions- und Erkrankungsrisiko besonders im Blick haben. Es gilt dann insbesondere, auch Wohn- und Betreuungsstrukturen zu planen, die einer Vereinsamung und der Entstehung psychischer Störungen entgegenwirken.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Lotte Habermann-Horstmeier, MPH MSc

Villingen Institute of Public Health (VIPH)
Klosterring 5, 78050 Villingen-Schwenningen,
Deutschland
habermann-horstmeier@viph-public-health.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Habermann-Horstmeier gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von der Autorin keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- (2022) <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbydisabilitystatusenglandandwales/24january2020to9march2022>. Zugegriffen: 8. Juli 2022
- Ioannidis JPA, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG (2020) Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters. *Environ Res* 188:109890. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109890>
- Rommel A, von der Lippe E, Treskova-Schwarzbach M, Scholz S (2021) Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere COVID-19-Verläufe in Deutschland. Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(S2). <https://doi.org/10.25646/7858>
- Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K et al (2020) OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>
- Weih M, Köhler S, Schöll N, Schulz M, Hering R (2022) Psychische, neurologische und somatische Komorbiditäten und Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung. Analyse der Abrechnungsdaten 2018. *Dtsch Arztebl* 119(24):418–424
- Habermann-Horstmeier L (2019) Umgang mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. *Geriatrics up2date* 1 (2), S 167–181 <https://doi.org/10.1055/a-0901-5877>
- Oppewal A, Schoufour JD, van der Maarl HJK, Evenhuis HM, Hilgenkamp TIM, Festen DA (2018) Causes of Mortality in Older People With Intellectual Disability: Results From the HA-ID Study. *Am J Intellect Dev Disabil* 123(1):61–71. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-123.1.61>
- Strydom A, Chan T, King M, Hassiotis A, Livingston G (2013) Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 34:1881–1885. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.021>
- Coppus A, Evenhuis H, Verberne G et al (2006) Dementia and mortality in persons with Down's syndrome. *J Intellect Disabil Res* 50(10):768–777. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00842.x>
- BAGüS (o. J.) Zentrale Ergebnisse: Leistungen Soziale Teilhabe. <http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/zentrale-ergebnisse.html>. Zugegriffen: 8. Juli 2022

[eingliederungshilfe.de/zentrale-ergebnisse.html](http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/zentrale-ergebnisse.html). Zugegriffen: 8. Juli 2022

- Habermann-Horstmeier L (2021) Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Public Health Forum* 29(1):64–67. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0123>
- Seitzer P, Dins T, Busch M et al (2020) 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. *Teilhabe* 59(2):50–54
- Habermann-Horstmeier L (2020) 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. Villingen Institute of Public Health (VIPH), Villingen-Schwenningen. Stand: 10. Aug. 2020. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35400.55040>
- Radboud University Medical Center (2020) „Sterker op eigen benen“ Factsheet Nr. 4: COVID-19 in intellectual disabilities. Nijmegen, Netherlands: Radboud University Medical Center, May 29 2020.
- Cehajic A, Lyseel H, Flyckt K (2020) Statistik om bekräftat smittade och avlidna med dödsorsak COVID-19 bland personer med boendeinsats inliggen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019. Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), 13. Mai 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/faktablad-statistik-om-smittade-och-avlidna-med-covid-19-bland-aldre-efter-boendeform.pdf>. Zugegriffen: 8. Juli 2022
- Turk MA, Landes SD, Formica MK, Gross KD (2020) Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis. *Disabil Health J* 13(3):100942. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100942>
- BeB – Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (2020) 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.
- Habermann-Horstmeier L (2020) 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), Villingen-Schwenningen. Stand: 22.09.2020. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27675.28964>. Zugegriffen: 31. Januar 2023
- Landes SD, Turk MA, Formica MK, McDonald KE, Stevens JD (2020) Covid-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability living in residential group homes in New York State. *Disabil Health J* 13(4):100969. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100969>
- Landes SD, Turk MA, Wong AWWA (2021) Covid-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability in California: The importance of type of residence and skilled nursing care needs. *Disabil Health J* 14(2):101051. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101051>
- Landes SD, Turk MA, Ervin DA (2021) COVID-19 case-fatality disparities among people with intellectual and developmental disabilities: Evidence from 12 US jurisdictions. *Disabil Health J* 14(4):101116. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101116>

22. Landes SD, Turk MA, Damiani MR, Proctor P, Baier S (2021) Risk factors associated with COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disabilities receiving residential services. *Jama Netw Open* 4(6):e2112862. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.12862>
23. Perera B, Laugharne R, Henley W et al (2020) Covid-19 deaths in people with intellectual disability in the UK and Ireland: Descriptive study. *BJPsych open* 6(6):e123. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.102>
24. Gaertner B, Fuchs J, Möhler R, Meyer G, Scheidt-Nave C (2021) Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *J Health Monit* 6(2):4. <https://doi.org/10.25646/7856>
25. Sanders JD, Pillai RL, Sturley R et al (2022) COVID-19 Pandemic on the Behavioral Health of People With Intellectual and Developmental Disabilities. Washington, D.C.: Psychiatric services. Impact. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100524>
26. Rathmann K, Vockert T, Bernhard V et al (2021) Ergebnisbericht „Teilhabe an Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigung während der Corona-Pandemie“ (TaG-Co)-Studie. <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/898>. Zugriffen: 8. Juli 2022
27. Kordsmeyer AC, Efimov I, Lengen JC, Harth V, Mache S (2021) "One of My Basic Necessities of Life Is Work. That's Just Broken Away."—Explorative Triangulation of Personal and Work-Related Impacts for Supervisors and Disabled Employees in German Social Firms during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18:8979. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178979>
28. Wos K, Kamecka-Antczak CD, Szafranski M (2021) Remote support for adults with intellectual disability during COVID-19—from a caregiver's perspective. *Policy Practice Intel Disabi* 18:279–285. <https://doi.org/10.1111/jppi.12385>
29. Calahorrano L, Henk A, Kugelmeier D (2021) Wünsche von Familien mit beeinträchtigten Kindern an die Politik – Befragungsergebnisse vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie. Halbstrukturierte Einzelinterviews mit Bezugspersonen von Menschen mit geistiger Behinderung. Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik, Sankt Augustin. https://www.fit.fraunhofer.de/content/dam/fit/de/documents/W%C3%BCnscheAnDiePolitik_2021_12_01.pdf. Zugriffen: 08. Juli 2022
30. Neitzel I (2021) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Betreuungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Down-Syndrom während der Corona-Pandemie – eine Elternbefragung. *Empirische Sonderpädagogik* 4:342–353. https://www.pedocs.de/volltexte/2022/24110/pdf/ESP_2021_4_Neitzel_Gesundheitsbezogene_Lebensqualitaet.pdf. Zugriffen: 8. Juli 2022
31. Musa S, Dergaa I, Mansy O (2021) The puzzle of Autism in the time of COVID-19 pandemic: "Light it up Blue". *Psychology and Education* 58(5):1861–1873
32. McCausland D, Luus R, McCallion P, Murphy E, McCarron M (2021) The impact of COVID-19 on the social inclusion of older adults with an intellectual disability during the first wave of the pandemic in Ireland. *J Intellect Disabil Res* 65:879–889. <https://doi.org/10.1111/jir.12862>
33. Habermann-Horstmeier L (2020) Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Eine Betrachtung aus Public Health-Perspektive. Villingen Institute of Public Health (VIPH), Villingen-Schwenningen. Stand: 18. Mai 2020. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32624.69121>.
34. Bieber A, Dammermann A, Dichter MN et al (2022) Entscheidungen treffen in Pandemiezeiten. Eine qualitative Studie zu Perspektiven von Leitungspersonen der stationären Langzeitpflege. *Z Gerontol. Geriat*, Bd. 55, S 143–149 <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02034-6>
35. Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) (2021) Stellungnahme zur Anhörung im Deutschen Bundestag Ausschuss für Gesundheit am 13. Januar 2021 zum Gesetzentwurf der FDP Entwurf eines Gesetzes zur Priorisierung bei der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. BT-Drucksache 19/25260. Berlin: Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., 6. Januar 2021
36. Rohwer E, Mojtabezadeh N, Neumann FA et al (2021) The Role of Health Literacy among Outpatient Caregivers during the COVID-19 Pandemic. *IJERPH* 18:11743. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211743>
37. Habermann-Horstmeier L (2022) Welche Bedeutung hat die Gesundheitskompetenz der Betreuungskräfte für die Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung? *NOVAcura* 53(8):9–14
38. Boehle M, Buschmann-Steinhage R, Schmidt-Ohleemann M, Seidel M, Warnach M (o. J.). Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“. Abschlussbericht „Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen“. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., Heidelberg. Unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVFR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/Abschlussbericht_bf.pdf. Zugriffen: 08. Juli 2022
39. Chadwick D, Ågren KA, Caton S et al (2022) Digital inclusion and participation of people with intellectual disabilities during COVID-19: A rapid review and international bricolage. *Policy Practice Intel Disabi*. <https://doi.org/10.1111/jppi.12410>
40. RKI – Robert Koch-Institut. Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 23.06.2022 – Aktualisierter Stand Für Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-06-23.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 8. Juli 2022
41. Habermann-Horstmeier L, Bührer S (2014) Arbeiten in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen in Deutschland. Eine Studie zur Arbeitssituation von Betreuungskräften aus Sicht der Wohneinrichtungen. Villingen Institute of Public Health & Petaurus Verlag, Villingen-Schwenningen. https://www.researchgate.net/publication/285164650_Arbeiten_in_Wohneinrichtungen_fur_behinderte_Menschen_in_Deutschland_Eine_Studie_zur_Arbeitssituation_von_Betreuungskraeften_aus_Sicht_der_Wohneinrichtungen_-_Working_in_residential_facilities_for_disa. Zugriffen: 21. Sept. 2022
42. Došen A (2010) Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Hogrefe, Göttingen
43. Sappok T, Zepperitz S (2019) Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung, 2. Aufl. Hogrefe, Bern
44. Trescher H, Nothbaum P (2021) Corona, Institution und Inklusion: Institutionalisierte Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung während Corona. *Zeitschrift für Inklusion*. <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/603>. Zugriffen: 22. September 2022
45. Bernasconi T, Keeley C (2021) Auswirkungen der Coronapandemie auf Menschen mit Behinderung mit Fokus auf den Bereich des Wohnens. *Teilhabe* 60(1):4–10

Springer Nature oder sein Lizenzgeber (z.B. eine Gesellschaft oder ein*e andere*r Vertragspartner*in) hält die ausschließlichen Nutzungsrechte an diesem Artikel kraft eines Verlagsvertrags mit dem/den Autor*in(nen) oder anderen Rechteinhaber*in(nen); die Selbstarchivierung der akzeptierten Manuskriptversion dieses Artikels durch Autor*in(nen) unterliegt ausschließlich den Bedingungen dieses Verlagsvertrags und dem geltenden Recht.