

Corona-Pandemie und COVID-19 bei Menschen mit Behinderung

- Was wir wissen und was (sollen) wir machen ?

Frühjahrstagung der
DGMGB 11.06.2021

Dr. med. Carsten Blumenröther

Rehamedizinischer Dienst und MZEB der kreuznacher Diakonie



Stiftung kreuznacher diakonie
www.kreuznacherdiakonie.de



Photos aus:
„Die Spanische Grippe“
von Harald Saalfellner
Zweite erweiterte Ausgabe,
Vitalis 2020



Stiftung kreuznacher diakonie
www.kreuznacherdiakonie.de

Vorbemerkung 1: Aus der Erfahrung und der täglichen Praxis kennen wir die Besonderheiten der Menschen mit geistigen Behinderung hinsichtlich:

Verhalten / Kontaktverhalten

Kommunikativen Beeinträchtigungen (z.B. durch Masken)

Selbstfürsorge und eingeschränktem Erkennen- Können abstrakter Gefahren

Problematischem Verhalten bei Veränderung im Kontext/ Setting (z.B. Kohortierung, Isolierung, Testmaßnahmen...)



Vorbemerkung 2:

Was bereits vor der Corona Pandemie hierüber wissenschaftlich untersucht oder bekannt gewesen ist ...



Mortality from preventable causes is three times higher among people with moderate to severe intellectual disabilities than it is in the general population

(Hoghton M, Martin G, Chauhan U Annual health checks for people with intellectual disabilities; BMJ 2012 345:e7589)

Die durchschnittliche Lebenserwartung differierte für Männer um 6,4 Lebensjahre in Westfalen- Lippe bzw. um 8,9 Lebensjahre in Australien und für Frauen um jeweils 9,7 Lebensjahre

(nach Schwalen 2019 „Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung; verweist auch auf obiges englisches Zitat)



People with intellectual disability have a higher prevalence of health problems and the median age of death is 25 years younger than the general population.

They are more likely to experience inequalities in accessing health care and to die from preventable causes, possibly as a result of institutional discrimination within health services.

(Ali A, Scior K, Ratti V, Strydom A, King M, et al. (2013) Discrimination and Other Barriers to Accessing Health Care: Perspectives of Patients with Mild and Moderate Intellectual Disability and Their Carers. PLoS ONE 8(8): e70855. doi:10.1371/journal.pone.0070855)



People with intellectual and developmental disability die ten to twenty years earlier than age- matched peers

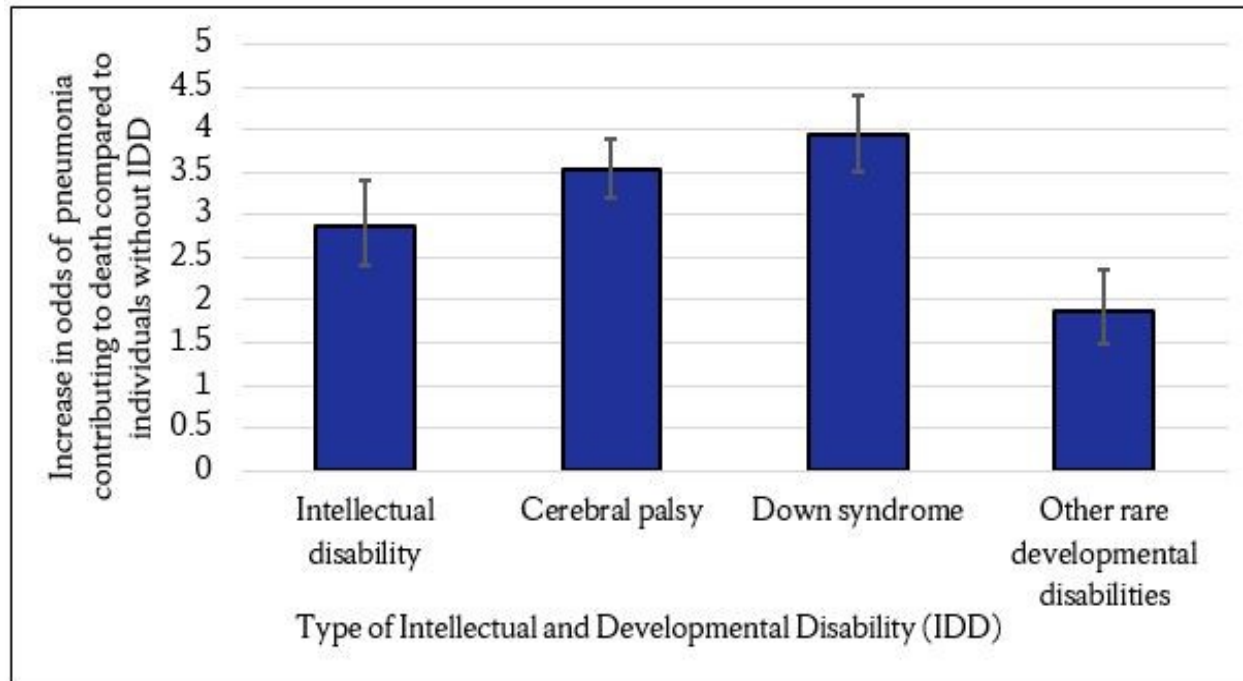
(Landes et al. Heterogeneity in age at death for adults with developmental disability. Journ. of intellect. Disabil. Res. 2019;63:1482- 1487

Landes et al. Evidence of continued reduction in the age-at-death disparity between adults with and without intellectual and/ or developmental disabilities. Journ. of applied research in intellectual disabilities. 2020: 1-5)



Odds of dying from pneumonia are higher among adults with Intellectual and Developmental Disabilities than among those without

Data Source: National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System 2017 US Multiple Cause of Death Mortality files, adults age 18 and over (N=2,782,834). Note: Error bars represent 95% confidence intervals. Source: Landes et al. 2020"



<https://lernercenter.syr.edu/2020/04/27/covid-19-and-pneumonia-increased-risk-for-individuals-with-intellectual-and-developmental-disabilities-during-the-pandemic/>

Trisomie 21 (Down Syndrom)



Stiftung kreuznacher diakonie
www.kreuznacherdiakonie.de

Fotoquelle: Special
Olympics Deutschland

Kindern mit **Trisomie 21** weisen eine besondere Gefährdung für virale Infektionen mit RSV (respiratory syncytial virus) und Influenza-Virus H1N1.

Es bestehen auch höhere Mortalitätsraten für Infektionen des Respirationstraktes, insbesondere für bakterielle Pneumonien und Sepsis.

Beckhaus AA, Castro-Rodriguez JA (2018) Down syndrome and the risk of severe RSV infection: A meta-analysis. Pediatrics 142 e20180225; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0225>

Bloemers BL, Broers CJ, Bont L, Weijermann ME, Gemke RJ, Van Furth AM (2010) Increased risk of respiratory tract infections in children with Down syndrome: the consequence of an altered immune system. Microbes Infect 12: 799-808



Für Menschen mit Down Syndrom sind verschiedene immunologische Dysregulationen bekannt, u.a. der B- und T-Zellen sowie Veränderungen der Zytokine und eine erhöhte Interferon-Reagibilität.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die verminderte Antikörperbildung nach diversen Impfungen (u.a. Influenza, Pertussis)

Espinosa JM Down Syndrome and COVID19 A Perfect Storm? Cell report medicine 19th May 2020

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Epstein L, Phillip R (1987) Abnormalities in the immune response to influenza antigen in Down syndrome (trisomy 21). Progr Clin Biol Res 246: 163-182

Li Volti S, Mattina T, Mauro L, Bianca S, Anfuso S, Ursino A et al (1996) Safety and effectiveness of an acellular pertussis vaccine in subjects with Down's syndrome. Child Nerv Syst 12: 100-102



Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de

Epidemiologische Studien zu dem COVID-19 bezogenen Risiko von Menschen mit Trisomie 21 (Down Syndrom)

Eine große Kohortenstudie aus UK hat das Sterblichkeitsrisiko für Menschen mit Trisomie 21 untersucht, insbesondere hinsichtlich SARS-CoV-2 (Studienzeitraum 24. Januar bis 30. Juni 2021).

- Hoher 'Power' der Studie: Daten von mehr als 8,256 Millionen Personen, darunter 4.053 Menschen mit Trisomie 21 aus UK

(Clift AK et al. (2020) COVID-19 mortality risk in Down syndrome: results from a cohort study of 8 million adults. Ann Intern Med. 2020 Oct 21: M20-4986; doi: 10.7326/M20-4986)P



Im Untersuchungszeitraum sind insgesamt 1,68 % der Personen mit Trisomie 21 gegenüber 0,51 % der Übrigen verstorben.

Durch COVID-19 verstarben 0,67 % der Menschen mit Down Syndrom, aber lediglich 0,1 % der Übrigen.

Das **mediane Alter der an COVID-19 Verstorbenen**

mit Trisomie 21 betrug 61 Jahre gegenüber 82 Jahren in der Gruppe der Übrigen.



Nach Adjustierung für multiple Einflussfaktoren (u. a. für Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, BMI, Demenz, Bewohner einer Pflegeeinrichtung, kongenitale Herzerkrankungen):

Menschen mit Trisomie 21 haben ein um den Faktor 10,39-fach höheres Risiko für COVID-19-assoziierten Tod.

Das Risiko für eine Krankenhausaufnahme infolge COVID-19 war **(hingegen)** um den Faktor 4,94 erhöht.



Kritikpunkte an der Studie

Es wurde nicht die erheblich reduzierte Lebenserwartung von Menschen mit Trisomie 21 berücksichtigt, welche auch gemäß aktueller Datenlage etwa 20 Jahre kürzer ist, als bei der Normalbevölkerung, und **bei etwa 60 Jahren** liegt (u.a. in Ng N et al.2017)

Das **mediane Todesalter der Patienten mit Trisomie 21 lag in der o.g. Untersuchung bei 61 Jahren !**

D.h. die sonst übliche Altersadjustierung gegenüber der Normalbevölkerung greift hier fehl und führt zu verzerrten Ergebnissen!

(Ng N, Wallen EF, Ahlstrom G (2017) Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: a Swedish national retrospective cohort study. BMC Geriatrics: 17: S. 269)



Das Verhältnis der Krankenhausbehandlungen (4,94-fach erhöht) zur Sterblichkeit (10,39-fach erhöht) ist auch etwas überraschend.

Es könnte zum Beispiel auf eine Unterversorgung von Menschen mit Trisomie 21 hindeuten, die nicht in die eigentlich indizierte stationäre Krankenhausbehandlung gebracht wurden.

Dies könnte einen wesentlichen Einfluß auf die beobachtete Mortalität haben.

Der verminderten Zugang der Menschen mit Behinderung zu den medizinisch gebotenen Behandlungsleistungen ist leider ein weltweites Phänomen (vgl. oben)



Eine weitere multizentrische Studie wertete die Daten von mehr als 1.000 Patienten mit Trisomie 21 und COVID-19 aus.

Die Daten wurden in verschiedenen Ländern mittels einer online-Befragung erhoben und mit den Daten des ISARIC4C Survey aus Großbritannien verglichen.

(Huls A et al. on behalf of the T21RS COVID- 19 Initiative
medRxiv preprint 5.11.2020; doi:
10.1101/2020.11.03.20225359 (letzte Recherche 4.6.21))



Höhere Rate an schweren Verläufen und Komplikationen, insbesondere bei Alter über 40 Jahren.

Höhere Behandlungsquoten auf Intensivstationen mit 50% (gegenüber 17% der „Normalbevölkerung“ / UK) und dreifach erhöhtes Sterberisiko für hospitalisierte Patienten

Hauptrisikofaktor für Hospitalisierung und Mortalität war das Alter mit deutlichem Anstieg bereits ab 40 Jahren, was die Autoren als vereinbar mit der reduzierten Lebenserwartung von Menschen mit Trisomie 21 ansahen.

Das Durchschnittsalter der an COVID 19 Verstorbenen mit Trisomie 21 betrug 51 Jahre



Weitere Risikofaktoren im Hinblick auf Hospitalisierung:

männliches Geschlecht, Obesitas, Diabetes mellitus und kongenitale Herzfehler (analog der Normalbevölkerung)

Risikofaktoren für die Mortalität:

männliches Geschlecht und Demenz vom Alzheimer Typ.

Mit Ausnahme der kongenitalen Herzfehler konnte kein weiterer spezifischer Risikofaktor für Menschen mit Trisomie 21 gefunden werden.



Schlußfolgerungen zur Diskussion:

Festzuhalten gilt ein erhöhtes Risiko der Menschen mit Down-Syndrom für Erkrankung, Schwere der Erkrankung und Mortalität infolge COVID-19.

Um welchen Faktor das Risiko erhöht ist, bleibt letztlich unklar, da divergierende Studienergebnisse vorliegen.

Ob dieses Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko immer noch so deutlich erhöht bleibt, wenn man „eine Lebenserwartungs- spezifische Altersadjustierung“ der Betroffenen mit Down- Syndrom vornehmen würde (aufgrund der statistisch deutlich reduzierten Lebenserwartung), kann nicht beantwortet werden.



Konsequenzen:

Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen sind erforderlich, aber deren Umsetzung ist teilweise praktisch limitiert (z.B: Abstandsgebot, Masken ...).

Immunisierung erfolgversprechend?

Hierzu liegen m.W. keinerlei wissenschaftliche Daten vor.

Die oben kurz skizzierten immunologischen Besonderheiten der Menschen mit Down- Syndrom sind zu berücksichtigen

(reduzierte immunologische Reaktion auf diverse Impfungen sowie erhöhtes Risiko von Autoimmunerkrankungen).



Epidemiologische Studien zu dem COVID-19 bezogenen Risiko von Menschen mit geistiger Behinderung und Entwicklungsstörungen



Stiftung kreuznacher diakonie
www.kreuznacherdiakonie.de

Fotoquelle: Special
Olympics Deutschland

Epidemiologische Studien zu dem COVID-19 bezogenen Risiko von Menschen mit geistiger Behinderung und Entwicklungsstörungen

In vielen Veröffentlichungen werden diese beiden Gruppe nicht voneinander getrennt,

da es im angloamerikanischen Sprachraum üblich ist, von

„people with intellectual and developmental disabilities (IDD)“ zu sprechen



Hier ist insbesondere auf Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe um Landes SD und Turk MA et al. (Syracuse University, Syracuse, New York) hinzuweisen, welche ich nachfolgend auszugsweise wider geben möchte



Höhere COVID-19 Fallzahlen und Mortalitäten für Menschen mit IDD in Behinderteneinrichtungen („residential group homes“) im Bundesstaat New York (für 20.431 Menschen mit IDD, Population 19,453 Mio., Pandemiebeginn bis 28.5.21).

Höhere Case- fatality- rate (Mortalität der COVID-19 Fälle) insgesamt, die aber hauptsächlich im Gebiet New York City generiert wird.

State of New York	Menschen mit IDD (resident. group homes)	Gesamtbevölkerung
Fallzahl Rate	7,8 %	1,9%
Case fatality rate	15%	7,9%
Mortalität COVID-19 / 100.000	1.175	151



Rest of New York regions	Menschen mit IDD (resident. group homes)	Gesamtbevölkerung
Fallzahl Rate	1,7 %	0,36%
Case fatality rate	5,4%	6,7%
Mortalität COVID-19 / 100.000	95	24

Hier sind nur die Regionen außerhalb New York City aufgelistet, wo 30,6% der Einwohner des Staates New York, aber 41,4% der Menschen mit IDD im Staat leben.

(Landes SD et al. Brief report COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability living in residential group homes in New York State. Disability and Health Journal 13 (2020) 100969)



Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de

In einer weiteren Untersuchung (allerdings an einem kleineren Kollektiv von über 13.000 Menschen mit IDD in Einrichtungen) fand sich eine zeitliche Veränderung der Case-fatality-rate in New York, die ab 17.April noch 2-fach erhöht war gegenüber der Gesamtpopulation.



Landes SD et al. Research Brief #32 COVID-19 Trends Among Adults with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD) Living in Residential Group Homes in New York State through July 10, 2020

https://surface.syr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=lerner&preview_mode=1&z=1610574232

Figure 3. Case-fatality Rate for People with Intellectual and Developmental Disability (IDD) and New York State Overall

Data Source: New York Disabilities Advocates (NYDA) COVID-19 Survey of Providers; Johns Hopkins' Center for Systems Science and Engineering COVID-19 Tracker



Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de

Die gleiche Arbeitsgruppe untersuchte auch für Kalifornien das COVID-19 Outcome für Menschen mit IDD

aufgegliedert nach Versorgungsstufen (in Wohnung/ in der Familie bis hin zu durch Krankenpflegepersonal intensiv betreute Wohneinheiten).

Zu erwähnen ist, dass dieser bevölkerungsreichste US Bundesstaat auch die höchste Rate der Unterstützung von Menschen mit IDD aufweist (18,3% aller Betroffenen in den USA).

(Landes SD et al. COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability in California: The importance of type of residence and skilled nursing care needs Disability and Health Journal 14 (2021) 101051)



Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de

	Bevölkerung ohne IDD	Menschen mit IDD ges.	Own home/ family (89% der IDD)	Community care facility (6,7%)	...	Skilled Nursing facility (0,3%)
Fallzahl in % Bevölk.	2,1%	0,8 %	0,5%	2,3%		27,5%
Case fatality rate	1,9%	5,5%	2,8%	4,3%		20,4%
Mortalität COVID-19 / 100.000	41	46	15	97		5626

Diese Studie zeigt auch überraschende Ergebnisse:

2,5-fach niedrigere Fallquote mit COVID-19 für Menschen mit IDD (am niedrigsten für jene in eigener Wohnung oder bei Familie), aber 2,8-fach höhere Case fatality rate. Mortalität nicht signifikant verschieden.

Personen mit sehr hohem Unterstützungs- und Pflegebedarf hingegen hatten eine hohe Mortalität und Case fatality rate.

In großen Einrichtungen zeigte sich eine höhere Fallzahl.



Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de

Unter dem aufrüttelnden Titel

„Devastating impact of COVID 19 on individuals with intellectual disabilities in the United States“

veröffentlichten Gleason J et al. im New England Journal Catalyst im April 2021 eine Analyse anhand von 64.858.460 Patientendaten aus 547 Gesundheitsorganisationen in den USA.

Hiervon waren 127.003 Patienten (0,2%) mit (mindestens einmaliger) Diagnosenennung einer Intelligenzstörung (ICD-10 F70 bis F79)

Dabei wurden 558.672 (0,87%) Patienten mit COVID-19 erfasst.



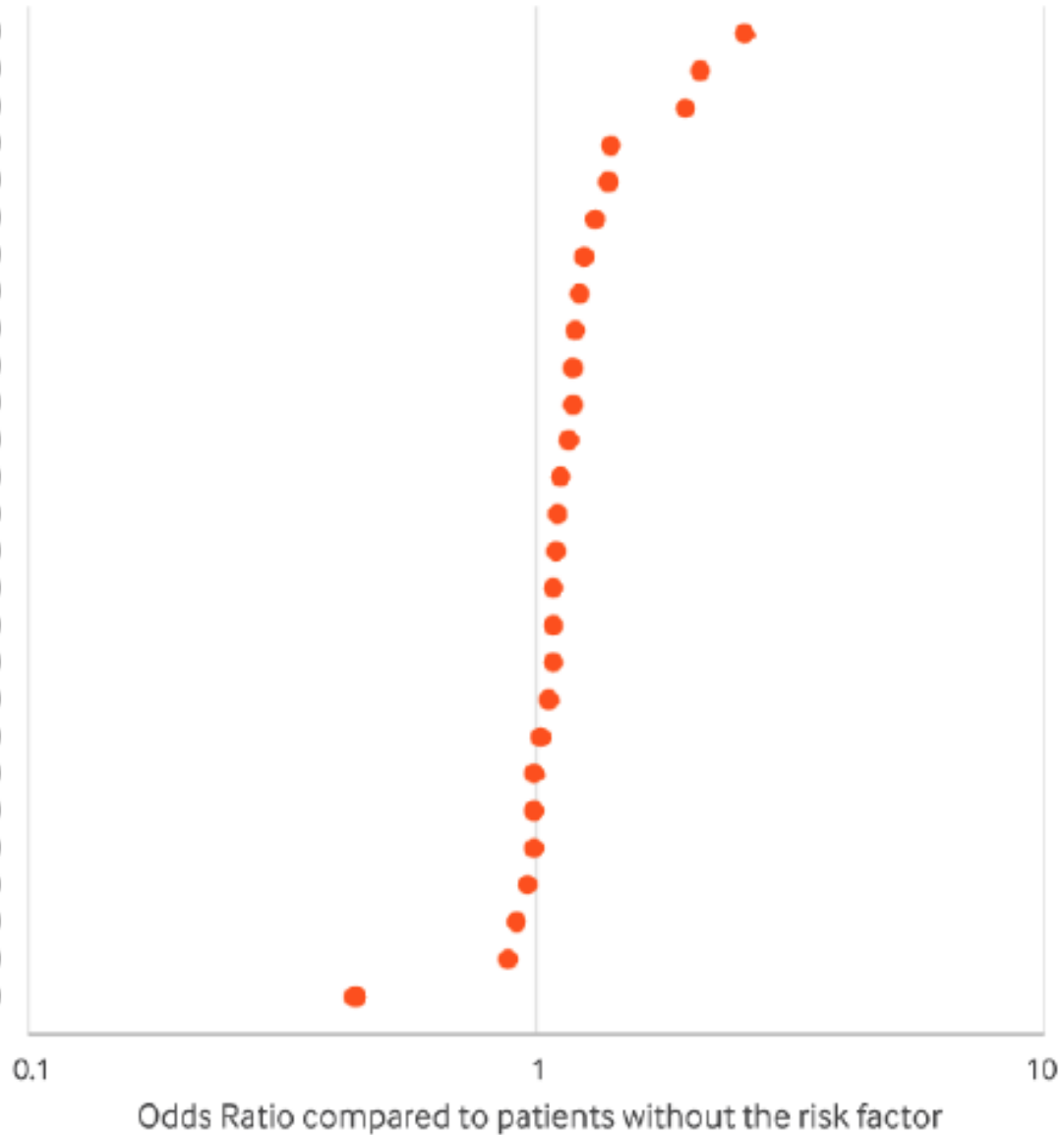
	Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung (ID)	Gesamtbevölkerung
Fallzahl Rate COVID-19	3,1 %	0,9%
Case fatality rate	8,2%	3,8%
Mortalität COVID-19 / 100.000 (errechnet)	253	33
Quote Krankenhauseinweisung	63,1%	29,1%
Quote Intensivbehandlung	14,5%	6,3%
Niedriger sozio- ökonomischer Status	44%	28%

	Pat. ohne ID	Pat. mit ID
Rates of Comorbidities Pre-Covid-19:		
• Congestive Heart Failure	2,108,408 / 3.3%	6,994 / 5.5%
• Pulmonary Circulatory Disorders	1,216,665 / 1.9%	4,093 / 3.2%
• Hypertension	14,425,308 / 22.4%	38,654 / 30.4%
• Neurological Disorders	9,405,049 / 14.6%	68,035 / 53.6%
• Lung Disease (Asthma & COPD)	5,613,511 / 8.7%	21,655 / 17.1%
• Diabetes	7,934,598 / 12.3%	26,162 / 20.6%
• Thyroid Disorders	4,479,283 / 7.0%	20,041 / 15.8%
• Chronic Kidney Disease	2,682,036 / 4.2%	8,919 / 7.0%
• Liver Disease	2,917,538 / 4.5%	10,137 / 8.0%
• Oncology	5,908,421 / 9.2%	7,904 / 6.2%
• Coagulopathy	1,341,944 / 2.1%	7,826 / 6.2%
• Obesity	5,324,014 / 8.3%	24,306 / 19.1%
• Malnutrition	3,240,367 / 5.0%	19,703 / 15.5%
• Fluid/ Electrolyte Disorders	4,339,274 / 6.7%	29,071 / 22.9%
• Deficiency Anemia	4,168,169 / 6.5%	21,154 / 16.7%

Die Menschen mit intellektueller Behinderung wiesen für alle Comorbiditäten außer Tumorerkrankungen höhere Prozentwerte auf!

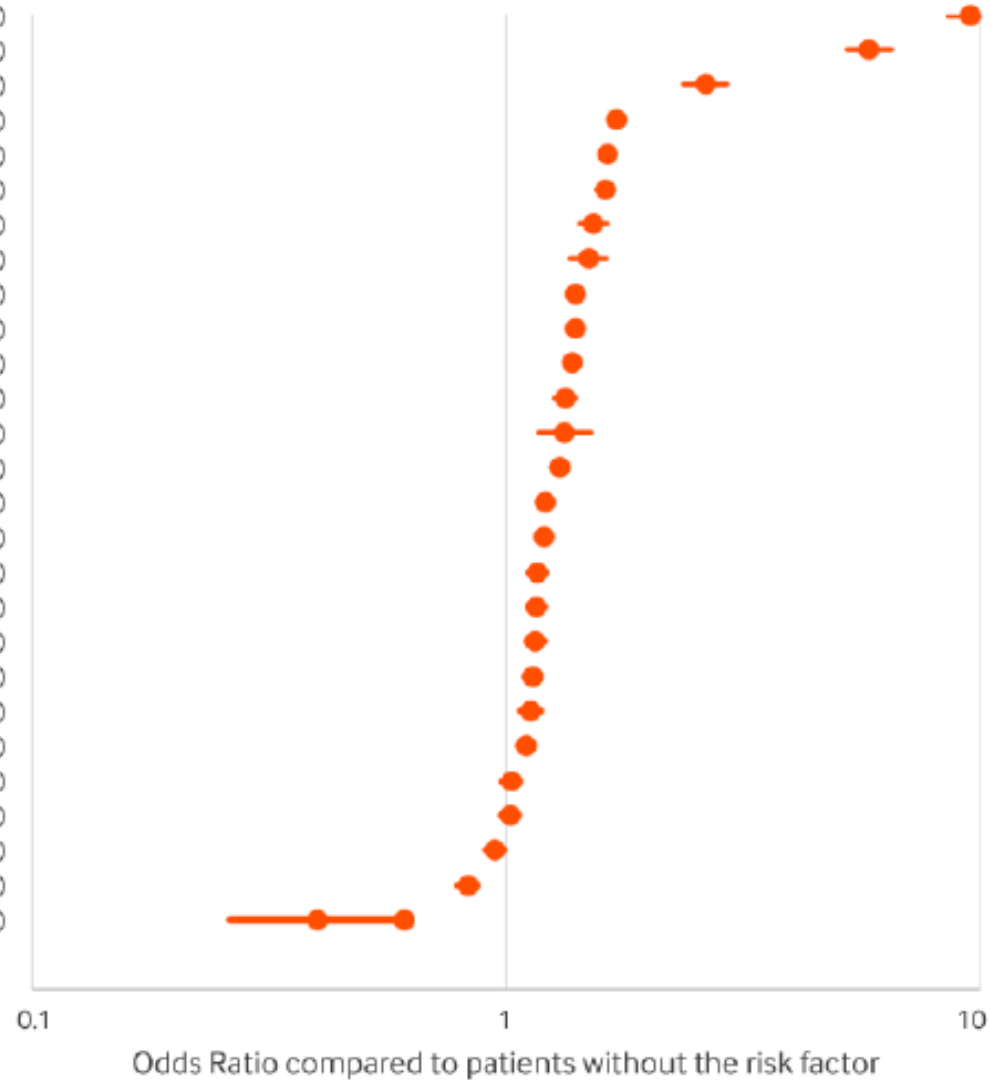
Risk of COVID-19 diagnosis among established patients

Risk factor:	Odds ratio (CI)
Intellectual Disability	2.584 (2.501 - 2.669)
Hispanic vs NH White	2.130 (2.114 - 2.146)
SNF Admit	1.968 (1.936 - 2.001)
Diabetes	1.414 (1.403 - 1.424)
Black vs NH White	1.404 (1.394 - 1.414)
Obesity	1.320 (1.309 - 1.330)
Chronic Kidney Disease	1.251 (1.238 - 1.265)
Lung Disease	1.234 (1.224 - 1.244)
Deficiency Anemia	1.208 (1.197 - 1.219)
Neurological Disorders	1.189 (1.180 - 1.197)
Hypertension	1.186 (1.177 - 1.194)
Low SES (by payer)	1.168 (1.160 - 1.175)
Malnutrition	1.128 (1.117 - 1.139)
80 and Over vs Age 20-39	1.117 (1.104 - 1.131)
Fluid/Electrolyte Disorders	1.102 (1.091 - 1.112)
Liver Disease	1.093 (1.081 - 1.104)
Congestive Heart Failure	1.089 (1.075 - 1.102)
Thyroid Disease	1.085 (1.075 - 1.095)
Pulmonary Circulatory Disease	1.072 (1.056 - 1.088)
Asian vs NH White	1.029 (1.012 - 1.047)
Coagulopathy	1.001 (0.986 - 1.016)
Age 40-59 vs Age 20-39	0.996 (0.988 - 1.003)
Other Race/Ethnicity vs NH White	0.992 (0.981 - 1.004)
Male	0.969 (0.964 - 0.975)
Oncology	0.917 (0.908 - 0.925)
Age 60-79 vs Age 20-39	0.881 (0.874 - 0.889)
Under 20 vs Age 20-39	0.442 (0.437 - 0.447)



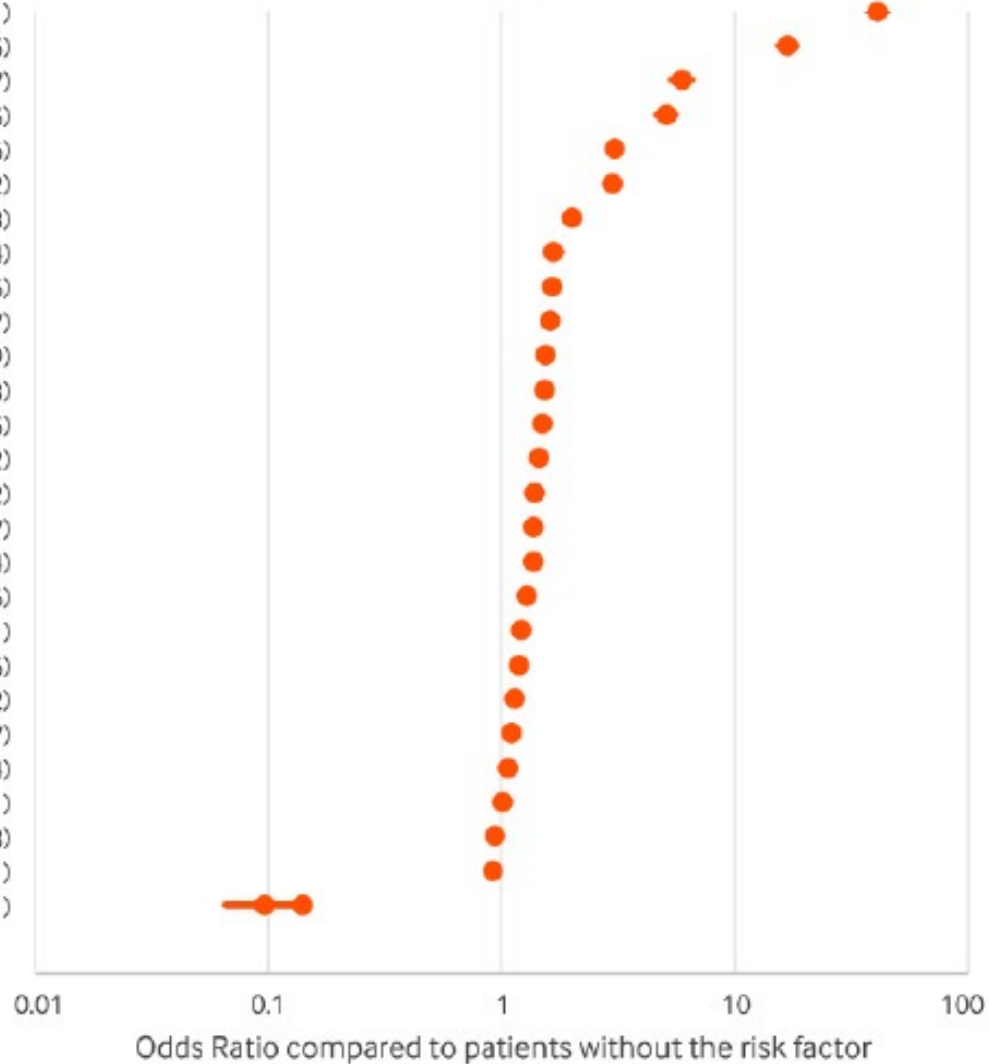
Risk of inpatient mortality among admitted patients

Risk factor:	Odds ratio (CI)
80 and Over vs Age 20-39	9.535 (8.543 - 10.64)
Age 60-79 vs Age 20-39	5.818 (5.233 - 6.467)
Age 40-59 vs Age 20-39	2.629 (2.362 - 2.927)
Coagulopathy	1.711 (1.647 - 1.778)
Fluid/Electrolyte Disorders	1.631 (1.579 - 1.684)
SNF Admit	1.618 (1.550 - 1.688)
Other Race/Ethnicity vs NH White	1.527 (1.426 - 1.635)
Asian vs NH White	1.488 (1.357 - 1.630)
Male	1.400 (1.356 - 1.445)
Chronic Kidney Disease	1.399 (1.351 - 1.449)
Congestive Heart Failure	1.378 (1.330 - 1.429)
Hispanic vs NH White	1.328 (1.264 - 1.394)
Intellectual Disability	1.324 (1.165 - 1.505)
Liver Disease	1.295 (1.242 - 1.351)
Neurological Disorders	1.207 (1.169 - 1.247)
Diabetes	1.198 (1.159 - 1.238)
Oncology	1.162 (1.120 - 1.206)
Obesity	1.158 (1.118 - 1.200)
Malnutrition	1.151 (1.107 - 1.198)
Lung Disease	1.136 (1.097 - 1.175)
Pulmonary Circulatory Disease	1.124 (1.073 - 1.178)
Deficiency Anemia	1.098 (1.061 - 1.136)
Black vs NH White	1.023 (0.983 - 1.065)
Thyroid Disease	1.019 (0.979 - 1.060)
Hypertension	0.946 (0.905 - 0.988)
Low SES (by payer)	0.830 (0.792 - 0.869)
Under 20 vs Age 20-39	0.400 (0.262 - 0.609)



Risk of inpatient mortality among precovid established patients

Risk factor:	Odds ration (CI)
80 and Over vs Age 20-39	41.07 (37.06 - 45.51)
Age 60-79 vs Age 20-39	16.88 (15.28 - 18.65)
→ Intellectual Disability	5.909 (5.277 - 6.617)
Age 40-59 vs Age 20-39	5.088 (4.594 - 5.635)
Hispanic vs NH White	3.056 (2.930 - 3.186)
SNF Admit	3.008 (2.879 - 3.142)
Black vs NH White	2.002 (1.934 - 2.073)
Asian vs NH White	1.678 (1.552 - 1.814)
Male	1.649 (1.604 - 1.696)
Chronic Kidney Disease	1.619 (1.563 - 1.677)
Fluid/Electrolyte Disorders	1.544 (1.490 - 1.599)
Diabetes	1.535 (1.488 - 1.583)
Other Race/Ethnicity vs NH White	1.494 (1.409 - 1.585)
Hypertension	1.458 (1.405 - 1.512)
Deficiency Anemia	1.392 (1.343 - 1.442)
Lung Disease	1.381 (1.337 - 1.427)
Congestive Heart Failure	1.372 (1.322 - 1.424)
Obesity	1.290 (1.245 - 1.336)
Neurological Disorders	1.223 (1.187 - 1.261)
Coagulopathy	1.190 (1.137 - 1.246)
Low SES (by payer)	1.143 (1.097 - 1.192)
Pulmonary Circulatory Disease	1.106 (1.057 - 1.157)
Liver Disease	1.068 (1.024 - 1.114)
Thyroid Disease	1.013 (0.977 - 1.051)
Oncology	0.936 (0.905 - 0.968)
Malnutrition	0.915 (0.881 - 0.951)
Under 20 vs Age 20-39	0.096 (0.066 - 0.141)



Einige Kernaussagen aus Sicht der Autoren

Das Vorliegen einer intellektuellen Behinderung ist der stärkste unabhängige Risikofaktor für eine COVID-19 Diagnose, Krankenhauseinweisung und Mortalität. *Auffälligerweise ist jedoch die Quote der Intensivbehandlung nicht erhöht.*

Dieser Risikofaktor bleibt auch nach Adjustierung für andere Risikofaktoren und nach Regressionsanalyse bestehen.

Es ist zu betonen, dass Menschen mit intellektueller Behinderung mehr Comorbiditäten aufweisen, als der Rest der Population.

Diese Comorbiditäten selbst stellen wiederum weitere Risikofaktoren dar.



Limitationen, Auffälligkeiten

Quote der COVID-19 Diagnose in der Studie nur 0,87% (USA für diesen Zeitraum 2,91%)

Anteil der Patienten mit intellektueller Behinderung nur 0,2% (für USA geschätzte Quote 0,52 bis 1,37%)

→ nur Diagnosestellung bei schwerer Beeinträchtigten? → BIAS möglich?

Warum wurde von den Autoren nicht die Case-fatality rate eingehend untersucht, wie in den anderen Studien?

Die isoliert deutlich höhere Mortalität der ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten in den Altersgruppen 20-39 Jahre (5,24% gegenüber 1,76%) sowie 40-59 Jahre (12,10% gegenüber 6,65%) ist sehr erstaunlich.



Zusammenfassung

Fasst man die Kernaussagen aller Studien zusammen, besteht für Menschen mit intellektueller Behinderung und Entwicklungsstörungen ein erhöhtes Risiko für eine COVID-19 Erkrankung/ -Infektion sowie eine erhöhte Fallsterblichkeit (Case fatality rate).

Patienten, welche in eigener Wohnung oder bei der Familie wohnen, könnten demgegenüber ein deutlich geringeres Risiko aufweisen. Es ist aber auch anzunehmen, dass diese weniger stark beeinträchtigt sind.

Allerdings wurde in allen Studien der „per se“ reduzierten Lebenserwartung der Menschen mit IDD nicht dahingehend Rechnung getragen, dass ein spezifisches Adjustierungsmodell hierfür etabliert worden wäre.

Diese Problematik wurde leider auch nicht in den Studien erörtert.



Je stärker die Beeinträchtigung (und der pflegerische Hilfebedarf) und je größer die Gruppen/ Einrichtungen, desto höher das Infektionsrisiko.

Die Daten zum Zugang zum medizin. Versorgungssystem (Krankenhausbehandlung, Intensivtherapie) sind heterogen.



Konsequenzen:

Wie bereits zum Thema Gefährdung der Menschen mit Down-Syndrom:

Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen sind erforderlich, aber deren Umsetzung ist teilweise praktisch limitiert (z.B: Abstandsgebot, Masken (?), Reduktion der „Außenkontakte“ ...).

Faktoren wie Gruppengrößen und -Zusammensetzung lassen sich in der Regel nicht kurzfristig verändern.

Erfahrungen aus anderen Ländern und Versorgungssystemen lassen sich zudem nicht immer übertragen.

Daher wäre weitere Forschung dringend erforderlich!



Immunisierung erfolgversprechend?

Hierzu liegen m.W. keine wissenschaftliche Daten vor, obgleich diese allgemein empfohlen werden.

(**Disability considerations for COVID-19 vaccination**, WHO & UNICEF Policy Brief 19 April 2021)

Ob bei der ätiologisch sehr heterogenen Gruppe der Menschen mit intellektueller Behinderung immunologische Besonderheiten ähnlich wie bei der Trisomie 21 zu einem gewissen Prozentsatz vorliegen, ist praktisch nicht untersucht.



Zwei, für mich persönlich, wichtige Zitate zum Schluß ...



Ich möchte erinnern an die UN Behindertenrechtskonvention und an den Appell an alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in NRW von Professor Dr. Michael Seidel und von Dr. Maria del Pilar Andrino

„...Darum bitten wir Sie, auf diese Patienten gerade im Zusammenhang mit der COVID-19- Pandemie besonders zu achten und ihnen Ihre besondere Fürsorge und Aufmerksamkeit angedeihen zu lassen.

Das ärztliche Gelöbnis des Weltärztebundes sagt unter anderem:

>Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.<“



„Vote counting is a faulty method of scientific inference. Science is replete of situations where vehement majorities have held wrong beliefs.“

John P.A. Ioannidis, Stanford University, Stanford, CA, USA

John P.A. Ioannidis: Scientific petitions and open letters in the covid-19 era <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/10/02/john-p-a-ioannidis-scientific-petitions-and-open-letters-in-the-covid-19-era/>



Stiftung kreuznacher diakonie
www.kreuznacherdiakonie.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Stiftung
kreuznacher
diakonie

Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de