Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Gesundheitliche Situation von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Eine systematische Literaturübersicht

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien
Autorinnen und Autoren:
Robert Griebler und Eva Leuprecht unter Mitarbeit von Jennifer Delcour, Sylvia Gaiswinkler, Anja Laschkolnig, Irene Schmutterer; Review: Roman Winkler (Gesundheit Österreich GmbH)
Ursula Griebler, Andrea Trampert, Vincent Sunder-Plassmann, Irma Klerings; Review: Gerald Gartlehner (Donau-Universität Krems)
Germain Weber (Universität Wien und Lebenshilfe Österreich)

Copyright Titelbild: © istockphoto.com/ALotOfPeople
Wien, 2022

Alle Rechte vorbehalten:
Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Griebler, Robert; Griebler, Ursula; Weber, Germain; Trampert, Andrea; Sunder-Plassmann, Vincent; Klerings, Irma; Leuprecht, Eva (2021): Gesundheitliche Situation von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Eine systematische Literaturübersicht. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Kurzfassung

Hintergrund

Menschen mit Beeinträchtigungen haben ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit und auf Nichtdiskriminierung im Gesundheitsbereich (Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention). In Österreich leben aktuell rund 89.000 Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (IB). Über ihren Gesundheitszustand und über ihre gesundheitliche Versorgung ist nur wenig bekannt, da es kaum Daten gibt, die eine diesbezügliche Einschätzung erlauben. Aus diesem Grund wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) eine systematische Übersichtsarbeit zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB beauftragt.

Methoden

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den elektronischen Datenbanken Medline, PsycInfo und Social Science Citation Index für den Suchzeitraum 2008 bis März 2020 und unter Anwendung zusätzlicher Suchmethoden, d. h. durch manuelle Durchsicht der Referenzlisten aller eingeschlossenen Publikationen und einschlägiger Übersichtsarbeiten. Außerdem wurde eine Websuche in Google und Google Scholar durchgeführt. Zwei Forscherinnen/Forscher überprüften unabhängig voneinander alle Abstracts und Volltexte. Unstimmigkeiten über den Ein- oder Ausschluss wurden im Konsens oder unter Einbeziehung eines dritten Reviewers bzw. einer dritten Reviewerin gelöst. Die Datenextraktion wurde von einer Person durchgeführt und von einer zweiten Person auf ihre Richtigkeit überprüft. Zwei Personen bewerteten unabhängig voneinander das Biasrisiko der eingeschlossenen Studien unter Verwendung des standardisierten Critical Appraisal Tools (AXIS-Tool), eines Tools zur Bewertung der Qualität und des Biasrisikos bei Querschnittstudien. Abweichende Bewertungen des Biasrisikos wurden durch Diskussion oder durch Einbeziehung einer dritten Person geklärt. Die Ergebnisse wurden narrativ berichtet. Metaanalysen wurden aufgrund der hohen Heterogenität der Studien und Outcomes nicht durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 73 Publikationen in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen.

Die Literaturübersicht zeichnet ein sehr deutliches Bild: Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen haben eine kürzere Lebenserwartung, sind insgesamt stärker von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen betroffen und versterben häufiger an potenziell vermeidbaren Todesursachen, die entweder durch präventive Maßnahmen oder durch eine hochwertige medizinische Versorgung vermieden werden könnten.

Menschen mit IB sind häufiger von Asthma, Diabetes, Herzinsuffizienz, Krankheiten des Nervensystems, darunter Epilepsie, Krankheiten der Schilddrüse und von psychischen Erkrankungen betroffen. Sie verfügen zudem über eine schlechtere Zahngesundheit, stürzen und verletzen sich häufiger und sind im Alltag häufiger gesundheitsbedingt eingeschränkt. Zusammengenommen spiegeln sich diese Unterschiede auch in der selbsteingeschätzten Gesundheit wider.

Menschen mit IB weisen bei fast allen Todesursachen eine höhere Sterblichkeit auf, auch dann, wenn sie von diesen Erkrankungen ähnlich häufig oder sogar seltener betroffen sind, wie z. B. im Falle der ischämischen/koronaren Herzkrankheit.

In puncto Risikofaktoren zeigt sich, dass Menschen mit IB sich weniger bewegen und häufiger adipös sind.

Schlussfolgerungen

Um die gesundheitliche Situation von Menschen mit IB in Österreich besser einschätzen zu können, sind Österreich-spezifische Datengrundlagen notwendig, die ein gezieltes Monitoring ermöglichen. Darüber hinaus sind systematische Initiativen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung und in der medizinischen Versorgung notwendig, um die Gesundheit von Menschen mit IB nachhaltig zu verbessern. Menschen mit IB sollten daher dringend auch in anderen Strategien und Prozessen im Gesundheitsbereich systematisch mitgedacht und berücksichtigt werden. Im Sinne der Förderung der Gesundheitskompetenz bräuchte es auch eine verstärkte Informationspolitik gegenüber Menschen mit IB, aber auch in Richtung der Angehörigen und der Gesundheitsberufe. Die vorgelegte Übersichtsarbeit sollte zudem um Folgestudien ergänzt werden, die sich auf relevante Versorgungsaspekte und auf verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten beziehen.

Schlüsselwörter

Systematischer Review, intellektuelle Beeinträchtigungen, Lebenserwartung, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten

Summary

Background

People with disabilities have a right to the best possible health and to non-discrimination in healthcare (Article 25 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities). There are currently around 89,000 people with intellectual disabilities (ID) living in Austria. Little is known about their health status and about their health care, as there are hardly any data that allow an assessment in this regard. For this reason, the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection commissioned a systematic review of the health situation of people with ID in comparison to people without ID.

Methods

The systematic literature search was carried out in the electronic databases Medline, PsycInfo and Social Science Citation Index for the search period 2008 and March 2020 and by using additional search methods, i. e. by manually reviewing reference lists of all included publications and of pertinent review articles. Furthermore, a web search in Google and Google Scholar was carried out. Two researchers independently reviewed abstracts and full-text articles. Investigators resolved disagreements about inclusion or exclusion by consensus or by involving a third reviewer. Data extraction was done by one person and checked for accuracy by a second reviewer. Two reviewers independently assessed risk of bias of included studies using the standardized critical appraisal tool (AXIS tool) to assess the quality and risk of bias in cross-sectional studies. Disagreements in risk of bias ratings were resolved via discussion or by involving a third reviewer. The results were reported narratively, as meta-analyses were impeded due to high heterogeneity.

Results

Altogether 73 publications were included in the systematic review.

The literature review reveals a very clear picture: people with ID have a shorter life expectancy, are at higher risk for illness and health problems, and are more likely to die from potentially avoidable causes of death that could have been avoided either through preventive measures or high-quality health care.

People with ID are more likely to be affected by asthma, diabetes, cardiac insufficiency, diseases of the nervous system, including epilepsy, thyroid disorders, and mental illness. They also have poorer dental health, are more likely to fall and injure themselves, and are more likely to have health-related limitations in their daily lives. Taken together, these differences are also reflected in the self-rated health of people with ID.

People with ID are more likely to die from almost all causes of death, even when they are similarly or less frequently affected by these conditions, as in the case of ischemic heart disease.

In terms of risk factors, it appears that people with ID are less physically active and are more likely to be obese.

Conclusions

To better assess the health situation of people with ID in Austria, Austria-specific data sources are required that will enable a systematic and targeted monitoring. Furthermore, systematic initiatives in the areas of prevention, health promotion and health care seem to be necessary to sustainably improve the health of people with ID. People with ID should therefore be systematically considered in other strategies and processes in the health sector. Regarding health literacy, a stronger information policy is needed towards people with ID, but also towards their relatives and the health professions. The presented review should also be extended by follow-up studies that refer to relevant aspects of health care and health-related living conditions.

Keywords

Systematic review, intellectual disabilties, life expectancy, health status, health behaviour

Inhalt

Kurzfassung 3

Summary 6

1 Hintergrund und Zielsetzung 11

2 Methoden 13

2.1 Fragestellungen 13

2.2 Auswahlkriterien für die Literaturrecherche 14

2.3 Systematische Literaturrecherche 16

2.3.1 Datenbanksuche 16

2.3.2 Zusätzliche Suchmethoden 17

2.4 Auswahl der Studien 17

2.5 Datenextraktion 18

2.6 Beurteilung des Biasrisikos 18

2.7 Synthese der Ergebnisse 19

3 Intellektuelle Beeinträchtigungen 20

3.1 Definition und Begriff 20

3.2 Erscheinungsbild und Entwicklung 23

3.3 Epidemiologie 23

3.4 Ätiologische Hintergründe 24

3.5 Unterstützungsbedarf 29

3.6 Lebensrealitäten und soziale Inklusion 30

4 Ergebnisse der Suche 32

4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche 32

4.2 Charakteristika der inkludierten Studien 33

5 Ergebnisse nach Outcome-Kategorie 83

5.1 Lebenserwartung 86

5.2 Selbsteingeschätzte Gesundheit 91

5.2.1 Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand 91

5.2.2 Selbsteingeschätzter psychischer/emotionaler/mentaler Gesundheitszustand 99

5.3 Erkrankungen insgesamt 102

5.4 Körperliche Erkrankungen 105

5.4.1 Körperliche Erkrankungen insgesamt 105

5.4.2 Allergien 110

5.4.3 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 112

5.4.4 Migräne/Kopfschmerzen 122
5.4.5 Atemwegserkrankungen 125
5.4.6 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 136
5.4.7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen 145
5.4.8 Krebs 168
5.4.9 Krankheiten des Auges 174
5.4.10 Krankheiten des Nervensystems 178
5.4.11 Chronisch entzündliche Hautkrankheiten 182
5.4.12 Krankheiten der Schilddrüse 184
5.4.13 Krankheiten des Urogenitalsystems 188
5.4.14 Krankheiten des Verdauungssystems 192
5.5 Psychische Erkrankungen 195
5.5.1 Psychische Erkrankungen insgesamt 195
5.5.2 Affektive Störungen 199
5.5.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 203
5.5.4 Schizophrenie und wahnhafte Störungen 207
5.5.5 Verhaltens- und emotionale Störungen 211
5.5.6 Essstörungen 216
5.5.7 Demenz 218
5.6 Schmerzen 220
5.7 Unfälle/Verletzungen 222
5.7.1 Stürze 222
5.7.2 Verletzungen 225
5.7.3 Vergiftung 233
5.8 Mundgesundheit (Fokus: Zahnlosigkeit) 235
5.9 Infektionserkrankungen 240
5.10 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag 242
5.10.1 Aktivitäten des täglichen Lebens 242
5.10.2 Hören, Sehen, Sprechen 247
5.10.3 Mobilität 256
5.10.4 Inkontinenz 260
5.11 Lebensqualität 263
5.12 Sterblichkeit 265
5.12.1 Gesamtsterblichkeit 265
5.12.2 Potenziell vermeidbare Sterblichkeit 273
5.12.3 Ursachenspezifische Mortalität 276
5.13 Körperliche Determinanten der Gesundheit 329

5.13.1 Gewichtsstatus 329
5.13.2 Metabolisches Syndrom 342
5.13.3 Bluthochdruck 344
5.14 Gesundheits- und Risikoverhalten 350
5.14.1 Körperliche Aktivität 350
5.14.2 Ernährung 355
5.14.3 Alkoholkonsum 361
5.14.4 Rauchen 365
6 Stärken und Limitationen 368
7 Zusammenfassung und erste Schlussfolgerungen 370
Anhang A: Detaillierte Suchstrategie 380
Anhang B: Liste der inkludierten Studien 385
Anhang C: Liste der ausgeschlossenen Studien mit Ausschlussgrund 394
X1 Unpassendes Studiendesign (5) 394
X2 Unpassender Dokumenttyp (27) 394
X3 Unpassende Population (46) 398
X4 Unpassende Vergleichspopulation (28) 403
X5 Unpassende Endpunkte (12) 407
X6 Unpassendes Setting (6) 408
Tabellenverzeichnis 411
Abbildungsverzeichnis 416
Literaturverzeichnis 417
Abkürzungen 425

1 Hintergrund und Zielsetzung

Nach Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention haben Menschen mit Behinderungen ein Recht auf Gesundheit in höchstmöglichem Ausmaß sowie auf Nichtdiskriminierung im Gesundheitsbereich (Vereinigte Nationen 2006). Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen[1] (IB) weisen jedoch im Vergleich zur nicht intellektuell beeintächtigen Bevölkerung (NIB) eine im Durchschnitt deutlich geringere Lebenserwartung auf, obwohl in den vergangenen Jahrzehnten ihre Lebenserwartung ebenfalls deutlich gestiegen ist (s. Kapitel 5.1).

Schätzungen zufolge leben in Österreich rund 89.000 Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (s. Kapitel 3.3). Über ihren Gesundheitszustand und über ihre gesundheitliche Versorgung ist nur wenig bekannt, da derzeit in Österreich keine systematisch verfügbaren Gesundheitsdaten für diese Persorgengruppe zur Verfügung stehen, wie auch eine eigene Umfrage gezeigt hat. Um das Ansinnen der UN-Behindertenrechtskonvention, aber auch des Nationalen Aktionsplans Behinderung (BMASGK 2019) zu unterstützen, wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) eine systematische Übersichtsarbeit zur gesundheitlichen Situation dieser Bevölkerungsgruppe beauftragt. Sie versucht Aufschluss darüber zu geben, in welchen Bereichen sowohl in puncto Prävention und Gesundheitsförderung als auch in Bezug auf die Gesundheitsversorgung (z. B. aufgrund einer höheren krankheitsspezifischen Sterblichkeit) Handlungsbedarf besteht, um zukünftig mehr Chancengerechtigkeit zu ermöglichen. Die Ergebnisse des Literaturüberblicks sollen in diesem Zusammenhang als erste Orientierung dienen, bis auch in Österreich eine entsprechende Datenbasis zur Gesundheit von Menschen mit IB entwickelt wird.

Ziel der Evidenzrecherche ist es, einen fundierten Überblick über die gesundheitlichen Herausforderungen von Menschen mit IB zu geben. Die wissenschaftlich fundierte Einschätzung des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens – im Vergleich zur Bevölkerung ohne IB bzw. zur Allgemeinbevölkerung – soll erste Handlungsbereiche aufzeigen. Nicht berücksichtigt wurden in der Evidenzrecherche verhältnisbezogene Determinanten der Gesundheit und die Qualität der Gesundheitsversorgung.

1 alternative/synonym verwendete Begriffe: Menschen mit einer intellektuellen Behinderung, Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit Entwicklungsstörungen (ICD-11); siehe Kapitel 3.1

Der Bericht unterstützt damit die Erreichung der UN-Ziele für eine nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals) (United Nations 2015), konkret des Ziels 3 (Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern – mit dem Unterziel 3.4: Bis 2030 die Frühsterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung senken) und des Ziels 10 (Ungleichheiten verringern).

Das beauftragte Projekt wurde von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Kooperation mit der Universität Wien (Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung) und der Donau-Universität Krems (DUK) Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation umgesetzt.

2 Methoden

Diese systematische Übersichtsarbeit wurde in Übereinstimmung mit den vorgeschlagenen Methoden im Cochrane Handbuch (Higgins et al. 2019) durchgeführt. Die Berichterstattung orientiert sich an den Vorgaben der PRISMA-Erklärung (PRISMA steht für „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“) (Moher et al. 2009).

Die systematische Übersichtsarbeit wurde in PROSPERO, einem internationalen prospektiven Register für systematische Übersichtsarbeiten, mit der Protokoll-Registrierungsnummer CRD42020171536 registriert (https://www.crd.york.ac.uk/prospero).

2.1 Fragestellungen

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden nachstehende Fragestellungen definiert. Im Gegensatz zum ursprünglichen Plan musste jedoch die Anzahl der Fragestellungen (Key Questions; KQ) aufgrund des Umfangs der gefundenen Literatur von eingangs drei auf zwei Fragestellungen (KQ1 und KQ2) reduziert werden.

- **KQ1**: Wie lässt sich der Gesundheitszustand von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (IB) im Vergleich zur nicht intellektuell beeinträchtigten Bevölkerung bzw. zur Allgemeinbevölkerung charakterisieren? Wo bestehen besonders große Herausforderungen? Wo zeigt sich ein ähnliches Bild? Wo schneiden Menschen mit IB möglicherweise besser ab?
- **KQ2**: Wie prävalent sind körperliche und verhaltensbezogene Gesundheitsdeterminanten (Ernährung, Alkohol, Rauchen, körperliche Aktivität, Gesundheitskompetenz, Adipositas und Übergewicht) unter Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Vergleich zur nicht intellektuell beeinträchtigten Bevölkerung bzw. zur Allgemeinbevölkerung?
- **KQ3** – Welche relevanten Versorgungsaspekte werden in der Literatur diskutiert? – **Diese Fragestellung konnte nicht weiterverfolgt werden.**

2.2 Auswahlkriterien für die Literaturrecherche

Die Auswahl der Studien für die Fragestellungen richtete sich nach vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien, die in Tabelle 1 im Überblick dargestellt sind.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien

Studienpopulation	**KQ1 + KQ2**
	• Menschen jeden Alters mit intellektuellen Einschränkungen (ID, IDD), allgemeiner Lernbehinderung, mentaler Retardierung (MR)
	  ○ geringe kognitive Leistungsfähigkeit (gemessen mit Intelligenztests oder anderen Methoden)
	  ○ beginnend in der Kindheit
	  ○ idealerweise festgestellt durch einen validierten Intelligenz- und/oder adaptiven Verhaltenstest und idealerweise klassifiziert nach den DSM-Klassifikationen oder der ICD
	• repräsentativ für die Population (Menschen mit intellektueller Einschränkung) oder Zufallsstichprobe (z. B. eine Stichprobe nur mit schwangeren Frauen wird ausgeschlossen)
	• Mindestgröße der Studienpopulation: ca. 100
		KQ1 + KQ2
		• Menschen mit Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen (DD)
		  ○ spezifische Entwicklungsstörung
		  ○ motorische Behinderungen
		  ○ soziale Behinderungen
		• intellektuelle Einschränkungen, die durch ein traumatisches Ereignis im Erwachsenenalter verursacht wurden
		• nur Personen mit einer bestimmten Erkrankung (z. B., Polyhandicap, Autismus, Aufmerksamkeitsdefizitstörung etc.) oder Down-Syndrom
		• Stichprobengröße <100
		• Convenience-Stichprobe (z. B. Athletinnen und Athleten von Special Olympics)

Vergleichsgruppe	**KQ1 + KQ2** • Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung (entweder aus eigener Erhebung oder aus aktueller Literatur) (wenn aus der Literatur, dann müssen Ergebnisse berichtet werden) • repräsentativ für die Grundgesamtheit (Personen ohne intellektuelle Einschränkungen) oder Zufallsstichprobe • Mindestgröße der Studienpopulation: 100 • *POST-HOC-Kriterium: Vergleichsdaten zur Allgemein-*	**KQ1 + KQ2** • kein Vergleich mit Personen ohne intellektuelle Einschränkungen • Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung aus einem anderen Land • *POST-HOC-Kriterium: wenn im Ergebnisteil keine Vergleichsdaten berichtet werden und der Vergleich nur im Diskussionsteil gemacht wird und daher unklar ist, wie die Vergleichsgruppe zusammengesetzt ist (Alter, Geschlecht etc.)*

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
	bevölkerung dürfen nicht mehr als 10 Jahre älter oder jünger sein.	
Outcome	**KQ1** • Sterblichkeit • Morbidität (akute oder chronische Krankheiten) • Wohlbefinden • Lebensqualität • gesundheitsbezogene Einschränkungen im Alltag (z. B. ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL = instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) (z. B. selbst waschen, aufstehen, selbst einkaufen, Haushalt führen, Treppen steigen usw.)	**KQ1 + KQ2** • ausschließlich Prävalenz und Inzidenz für intellektuelle Beeinträchtigungen Gesundheit von Angehörigen oder Pflegepersonen familiäre Lebensqualität*POST-HOC-Kriterium: stationäre Daten zu Krankheiten, die nur zu einem geringen Anteil im stationären Bereich aufschlagen (Diabetes etc.)*
	KQ2 • Gesundheitsverhalten, Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Drogenkonsum, Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Alkoholkonsum) • Gesundheitskompetenz	**KQ2** • soziale Determinanten
Setting	• „nicht institutionalisierte" Personen • ambulante Kliniken • Einrichtungen für betreutes Wohnen • Betreutes Wohnen • Tagespflegeeinrichtungen • *POST-HOC-Kriterium: Länder, die mit Österreich vergleichbar sind (EU- und OECD-Länder)*	• ausschliesslich stationäre Betreuung oder Langzeitpflegeeinrichtungen
Studiendesign	**KQ1 + KQ2** • Querschnittstudien (einzelner Zeitpunkt oder wiederholte Querschnittstudien) • Prospektive Kohortenstudien • Panelstudien	**KQ1 + KQ2** Interventionsstudien • Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) • Nicht-randomisierte kontrollierte Studie • Vorher-Nachher-Studien andere Studiendesigns • Fall-Kontroll-Studien • Fallstudien, Fallserien • Qualitative Studien Reviews • Systematische Reviews • Narrative Reviews
Dokumenttyp	**KQ1 + KQ2** jeder Volltext, der zumindest Methoden und Ergebnisse berichtet (Berichte,	**KQ1 + KQ2** • Konferenz-Abstracts • Forschungsprotokolle

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
	wissenschaftliche Zeitschriftenartikel, Dissertationen usw.)	• Poster • Bücher oder Buchkapitel
Sprache	• Englisch • Deutsch	• andere Sprachen
Publikationsdatum	• ab 2008	• vor 2008

Quelle und Darstellung: GÖG und DUK

Zusätzlich zu den oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien wurden nach Durchsicht der gesamten Literatur drei weitere Ausschlusskriterien zur Studienauswahl herangezogen (*Post-hoc*-Kriterien), um im finanziellen Rahmen des Projekts bleiben zu können. Diese sind in Tabelle 1 kursiv dargestellt.

2.3 Systematische Literaturrecherche

Zur Identifikation der relevanten Literatur, die sich mit dem Gesundheitszustand von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen sowie mit körperlichen Determinanten der Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten beschäftigt, wurden eine systematische Literatursuche in elektronischen Datenbanken und zusätzliche Suchen durchgeführt.

2.3.1 Datenbanksuche

Die systematische Literatursuche erfolgte in folgenden Datenbanken:

- Medline (über OVID)
- PsycInfo (über OVID bzw. Ebsco)
- Social Science Citation Index (SSCI) (über Web of Science)

Hierfür wurden Begriffe für intellektuelle Beeinträchtigungen mit Begriffen zum Gesundheitszustand, zu körperlichen Gesundheitsdeterminanten und zum Gesundheitsverhalten verknüpft. Dabei wurden sowohl Textwörter als auch Schlagwörter (z. B. MeSH) verwendet. Eingeschränkt wurde auf den Zeitraum von 2008 bis 2019 sowie auf englisch- und deutschsprachige Publikationen. Die systematische Literaturrecherche wurde am 17. 5. 2019 (Medline) bzw. am 24. 5. 2019 (PsycInfo und SSCI) durchgeführt.

Im Rahmen einer Updatesuche im März 2020 wurden die ursprünglichen Suchstrategien evaluiert. Dabei wurde nach der Empfehlung von Garner et al. (2016) für Updatesuchen von Systematic Reviews vorgegangen: Der Relative Recall der Datenbank-Suchstrategien wurde anhand der bisher durch alle Suchmethoden gefundenen relevanten Studien evaluiert. 57 der 59 zu diesem Zeitpunkt bereits inkludierten Studien waren zwar in einer der drei bibliografischen Datenbanken verzeichnet, aber nur 35 davon waren von den ursprünglichen Suchstrategien gefunden worden. Der Rest wurde über zusätzliche Suchmethoden identifiziert. Aufgrund des niedrigen Relative Recall von 59 Prozent (35/59) wurden die Update-Suchstrategien überarbeitet, um die Balance von Recall und Präzision der Suche zu erhöhen. Alle bisher angewandten Suchstrategien wurden mithilfe von Textanalyse-Anwendungen (PubMed PubReMiner https://hgserver2.amc.nl/cgi-bin/miner/miner2.cgi und Voyant Tools https://voyant-tools.org/) verbessert. Anschließend wurden aktualisierte Suchen für den gesamten Zeitraum 2008 bis 2020 in Ovid MEDLINE® ALL, APA PsycInfo (Ebsco) und Social Science Citation Index (Web of Science) durchgeführt (16.-19. 3. 2020). Der Relative Recall der neuen Datenbanksuchen lag bei 90 Prozent, basierend auf den 59 zu diesem Zeitpunkt bekannten Studien.

Die detaillierten Suchstrategien aller Datenbanksuchen befinden sich im Anhang A.

2.3.2 Zusätzliche Suchmethoden

Zusätzlich wurden die Referenzlisten aller inkludierten Studien sowie relevanter (Systematic) Reviews nach weiteren relevanten Referenzen durchsucht. Um auch graue Literatur (z. B. Dissertationen, Ergebnisberichte) zu finden, wurden Suchen in Google und Google Scholar durchgeführt.

2.4 Auswahl der Studien

Ein Team aus sieben Personen führte die Studienauswahl durch. Vor Start des Abstract- und des Volltext-Reviews führten alle Reviewerinnen und Reviewer jeweils einen Pilot-Review mit 50 gezielt ausgewählten Abstracts bzw. fünf gezielt ausgewählten Volltexten durch, um die Studienauswahl zu kalibrieren. Etwaige Unterschiede in der Beurteilung wurden im Team besprochen, das vorab erstellte Abstract- und Volltext-Review-Formular daraufhin adaptiert. Die Auswahl von Abstracts und Volltexten erfolgte anhand der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien (s. Tabelle 1) jeweils unabhängig von zwei Reviewern/Reviewerinnen. Bei Uneinigkeiten wurde eine dritte Person hinzugezogen, um einen Konsens zu

erreichen. Eindeutig irrelevante Abstracts wurden ausgeschlossen, für potenziell relevante Abstracts wurden die zugehörigen Volltexte besorgt. Im nächsten Schritt wurde jeder Volltext von zwei Personen unabhängig voneinander bezüglich seiner Relevanz geprüft. Bei Unsicherheiten wurde eine dritte Person hinzugezogen. Der Abstract- und Volltext-Review wurde mithilfe von Rayyan (Ouzzani et al. 2016) – einer Online-Software zur Unterstützung des systematischen Review-Prozesses – durchgeführt (http://rayyan.qcri.org).

2.5 Datenextraktion

Jeweils eine Person extrahierte die entsprechenden Daten aus den Publikationen nach einem vorab festgelegten Raster. Die Korrektheit und Vollständigkeit der Datenextraktion wurden jeweils von mindestens einer zweiten Person kontrolliert. Die Datenextraktion wurde in MS Excel durchgeführt. Die Daten wurden jeweils zunächst exakt aus der Publikation kopiert und danach in einer weiteren Spalte ins Deutsche übersetzt und zusammengefasst.

Die Datenextraktion fokussierte auf folgende Parameter:

- Angaben zur Referenz (Autor/-in, Jahr, Titel der Publikation)
- Angaben zur Studie (Studiendesign, Land)
- Population mit IB (Stichprobengröße, Art der Stichprobenziehung, Respräsentativität, Erhebungsjahre, Alter, Geschlecht, Schweregrad der IB)
- Population ohne IB (Stichprobengröße, Art der Stichprobenziehung, Respräsentativität, Erhebungsjahre, Alter, Geschlecht)
- Outcomes und Messmethoden (spezifische Endpunkte, Messmethode, Messinstrument)
- Ergebnisse (Prävalenz, Konfidenzintervall bzw. Mittelwerte, Standardabweichung; absolute Ereignisraten)
- Ergebnisse zum Vergleich beider Gruppen

2.6 Beurteilung des Biasrisikos

Das Biasrisiko wurde mit dem AXIS-Tool (Downes et al. 2016) für Querschnittstudien beurteilt. Für jede eingeschlossene Publikation wurden 20 Fragen beantwortet und die Informationen anschließend zu einer endgültigen Bewertung des Biasrisikos zusammengeführt. Für

die Bewertung des Biasrisikos wurden drei Kategorien verwendet: niedriges, unklares oder hohes Biasrisiko. Jeweils zwei Personen führten die Biasbewertung unabhängig voneinander durch und gelangten bei etwaigen Abweichungen in der Bewertung in einer gemeinsamen Diskussion zu einem Konsens.

2.7 Synthese der Ergebnisse

Die Ergebnisse der inkludierten Publikationen wurden für jeden Outcome deskriptiv in Tabellen zusammengefasst. In den Tabellen sind je Outcome jeweils die Messmethode und das verwendete Messinstrument, die Ergebnisse zu den Inzidenzen, Prävalenzen bzw. Mittelwerten und Streuungsmaßen sowie Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen berichtet. Von einer quantitativen Synthese (Metaanalyse) wurde aufgrund der großen Heterogenität der Outcomemessungen abgesehen.

3 Intellektuelle Beeinträchtigungen

Über Menschen mit IB ist in der Bevölkerung oft wenig bekannt, sieht man von jenen Personen ab, die einen direkten Bezug zu diesen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen haben. Eine Erklärung hierfür ist, dass diese Personengruppe in der Vergangenheit traditionell in Einrichtungen begleitet, unterrichtet und beschäftigt wurde, die speziell auf diese Gruppe ausgerichtet waren. So ist es nicht verwunderlich, dass außerhalb dieser Sonderbereiche oft wenig über diese Personengruppe bekannt ist. Diese Feststellung trifft im Allgemeinen auch auf den Gesundheitsbereich zu. Vorweg soll diese Personengruppe nun näher beschrieben werden, wobei zuerst auf die Definition und den Wandel der Begrifflichkeit zur Beschreibung von Menschen mit IB eingegangen wird, um dann ätiologische und epidemiologische Aspekte aufzugreifen. Mit den Abschnitten „Unterstützungsbedarf“ sowie „Lebensrealitäten und soziale Inklusion“ wird in aller Kürze auf aktuelle Entwicklungen verwiesen, die die Position von Menschen mit IB in unserer Gesellschaft charakterisieren.

3.1 Definition und Begriff

Wie in vielen anderen Ländern hat sich auch in Österreich ab dem Jahr 2004 die Verwendung der Begriffe *Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung* bzw. *Menschen mit intellektueller Behinderung* durchgesetzt. Diese Bezeichnung hat mittlerweile den Begriff *geistige Behinderung* in der Fach- und Verwaltungswelt sowie den Medien ersetzt. Ferner findet in Österreich die Bezeichnung *Menschen mit Lernschwierigkeiten* Verwendung, ein Begriff, der die soziale Dimension von Behinderung berücksichtigt. Dieser Begriff wird von den betroffenen Personen präferiert und wird im Sinne eines respektvollen Umgangs in der Begegnung auch benutzt.

Mit dem Begriff *Intellektuelle Entwicklungsstörungen* (IES) - im englischen Original *Disorders of Intellectual Development* (DID) - führt die WHO in der ICD-11 eine neue Bezeichnung ein, mit der der Begriff der Intelligenzminderung (*mental retardation*) der Vorgängerversion von 1991 ersetzt wird (Bertelli et al. 2016; WHO 2018). Mit dem Plural in der Bezeichnung weist die WHO neuerdings darauf hin, dass es sich hier um ein heterogenes Störungsbild handelt.

Diese Heterogenität bezieht sich sowohl auf den ätiologischen Hintergrund der Störungen als auch auf das Ausmaß und die Variabilität der Merkmale, die dieses Störungsbild prägen. Im vorliegenden Bericht wird aber weiterhin von intellektuellen Beeinträchtigungen (IB) gesprochen. Die Begriffe IES und IB werden in diesem Kapitel (Kapitel 3) synonym verwendet.

In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision (ICD-11), dem Kompendium zu Störungen und Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2018), gültig ab 2022, werden IES über drei Bereiche definiert:

1. signifikante Einschränkungen in den intellektuell-kognitiven Funktionsbereichen,
2. signifikant reduzierte sozial-adaptive Fertigkeiten und
3. die Feststellung der Auffälligkeiten aus den zwei ersten Bereichen vor dem vollendeten 18. Lebensjahr.

Als Kriterium der intellektuell-kognitiven Einschränkung gilt ein Intelligenzquotient-Wert (IQ) von zwei Standardabweichungen unter dem Populationsmittel von 100. Das entspricht einem IQ von unter 70 Punkten sowie signifikant verminderten Fertigkeiten in konzeptionell-begreifenden, sozialen und lebenspraktischen Kompetenzbereichen.

Sozial-adaptive Fertigkeiten können in der Regel von Menschen mit IES nur eingeschränkt erlernt werden. Dadurch können im Alltag Auffälligkeiten auftreten, wie beispielsweise in den Sprach- und Lesefertigkeiten, dem Zeit- und Geldkonzept oder bezüglich sozialer Verantwortung und im Selbstwert bzw. in alltagspraktischen Fertigkeiten und im Sicherheitsverhalten.

Intellektuelle Entwicklungsstörungen werden nach Schweregraden eingeteilt (s. Tabelle 2). Es werden leichte, mäßige, schwere und schwerste Formen unterschieden. Dies erfolgt auf Grundlage der Einschränkungen in den intellektuell-kognitiven und sozial-adaptiven Fertigkeiten, gemessen über standardisierte, normierte und qualitätsgesicherte Verfahren (IQ-Tests bzw. sozial-adaptive Verhaltensskalen). Bei der leichten Form der IES weichen die Werte in den intellektuell-kognitiven sowie sozial-adaptiven Leistungsbereichen zwei bis drei Standardabweichungen vom Mittel ab, eine Abweichung, die für die Kategorien schwere und schwerste IES bei vier und mehr Standardabweichungen vom Mittel liegt. Für die Kategorien schwere und schwerste IES erfolgt die Bestimmung vor allem anhand des sozial-adaptiven Verhaltens, da Intelligenztests in diesen niedrigen Bereichen nicht sensitiv sind. Die Kategorie vorläufige IES wird dann vergeben, wenn gesicherte Anhaltspunkte zur

Diagnose einer IES vorliegen, das Kind aber noch unter vier Jahre alt ist und vorübergehende Entwicklungsverzögerungen nicht ganz auszuschließen sind.

Mit zunehmendem Schweregrad sinken in der Regel die Leistungen in allen intellektuell-kognitiven Bereichen inklusive der Sprache bis hin zur Non-Verbalität. Wobei Non-Verbalität aber nicht in jedem Fall bedeutet, dass diese Person sich nicht ausdrücken und kommunizieren kann.

Tabelle 2: Klassifikation intellektueller Entwicklungsstörungen (IES) nach Schweregraden

Klassifikation nach Schweregrad gemäß ICD-11			
Kategorie	**Schweregrad der IES**	**IQ-Wert**	**Mentales Alter**
6A00.1	leichte	69-50	9 bis < 12
6A00.2	mäßige	49-35	6 bis < 9
6A00.3	schwere	34-20	3 bis < 6
6A00.4	schwerste	< 20	< 3
6A00.5	vorläufige		

Quelle: WHO (2018)

Zum Thema Abgrenzung zur Normalität intellektueller Funktionstüchtigkeit wird in der ICD-11 auch auf die Bezeichnung Borderline intellektuelle Funktionstüchtigkeit verwiesen. Diese Bezeichnung wird gelegentlich bei einer IQ-Schätzung von einer bis zwei Standardabweichungen unter dem Populationsmittel benutzt (IQ 84-70). In der ICD-11 wird ausdrücklich festgehalten, dass es sich hierbei um keine zu diagnostizierende Störung handelt. Jedoch kann bei diesen Personen ein Bedarf an Unterstützung bzw. Interventionen vorliegen, der ähnlich ist wie bei Personen mit IES.

Die IES ist diagnostisch von verschiedenen anderen Störungen abzugrenzen, wie beispielsweise von Demenz-Syndromen oder Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Erstere gehen mit dauerhaften kognitiven Einschränkungen und Verlusten in lebenspraktischen Fertigkeiten einher, die typischerweise im fortgeschrittenen Alter beginnen, also deutlich nach dem 18. Lebensjahr. Bei Autismus-Spektrum-Störungen wiederum finden sich Formen, die mit

IES einhergehen, aber auch Varianten ohne IES. Letztere stellen die Mehrheit dar (s. Kapitel 3.4).

3.2 Erscheinungsbild und Entwicklung

Intellektuelle Entwicklungsstörungen sind ursprünglich durch Abweichungen in den Entwicklungs- und Reifungsprozessen des Zentralnervensystems bedingt, speziell in jenen Arealen, die neuro-kognitive Funktionen steuern. Das Erscheinungsbild wird durch Auffälligkeiten in kognitiv-intellektuellen Funktionsbereichen wie Denken, Planen, Beurteilen, Problemlösen, Sprache, abstraktes und logisches Denken, akademisches Lernen und Erfahrungslernen gekennzeichnet. Die große Variabilität in den Ausprägungen führt zu einer Vielfalt phänotypischer Erscheinungen. Dagegen sind vor allem körperliche Merkmale für eine gewisse einheitliche Erscheinungsweise bei bestimmten Syndromen, wie beispielsweise dem Down-Syndrom oder dem Rett-Syndrom, verantwortlich. Des Weiteren sind bei Kindern mit IES häufig zusätzliche Auffälligkeiten in der emotionalen Entwicklung zu beobachten, wobei sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter höhere psychische Komorbiditätsraten berichtet werden.

Intellektuelle Entwicklungsstörungen sind in vielen Fällen bereits ab der frühen Entwicklung bemerkbar und treten mit fortschreitendem Entwicklungsalter deutlicher hervor. Einige Formen von IES sind bereits mit der Geburt ersichtlich, wie dies z. B. beim Down-Syndrom durch bestimmte morphologische Merkmale wie der Vierfingerfurche der Fall ist. Andere Formen werden erst im Verlauf der Entwicklung erkennbar. Beispiele hierfür sind das Rett-Syndrom oder Autismus-Spektrum-Störungen. Häufig gehen diese mit schweren Auffälligkeiten beim Gehen- und Sprechenlernen einher. Ein frühes Erkennen solcher Abweichungen vom typischen Entwicklungsverlauf ist von entscheidender Relevanz für eine effektive Frühförderung. Spätestens wenn schulisches Lernen ansteht, werden Herausforderungen bei leichten Formen von IES offensichtlich.

3.3 Epidemiologie

Die Prävalenzrate für intellektuelle Entwicklungsstörungen liegt gemäß einer breit angelegten Metaanalyse, die Publikationen aus den Jahren 1980 bis 2009 berücksichtigt, bei 1,73 Prozent (Maulik et al. 2011). Dabei wird eine starke Variation in der Prävalenz berichtet,

abhängig vom durchschnittlichen Einkommensniveau der berücksichtigten Länder. In Ländern mit hohem Einkommensniveau ist die Prävalenzrate mit 0,92 Prozent dabei deutlich geringer als in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommensniveau (1,65 %). In einem rezenteren Review (McKenzie et al. 2016) schlussfolgern die Autorinnen, dass die am häufigsten angeführte Prävalenzrate von rund einem Prozent leicht rückgängig sein dürfte. Auch diese Studie verweist auf die verschiedenen Gründe (beispielsweise voneinander abweichende Definitionen für IES, Stichprobenproblematik, Variationen in der diagnostischen Kompetenz), welche eine genaue Einschätzung der Prävalenzrate, geschweige denn der Inzidenzrate, für die Diagnose IES erschweren.

Für Österreich liegen keine spezifischen Prävalenzzahlen für IES vor. Auch lassen sich aus den verschiedenen in Österreich als Informationsquelle infrage kommenden administrativen Registern (z. B. erhöhte Kinderbeihilfe, Pflegegeld) oder der Anzahl betreuter Personen keine Ableitungen für die Prävalenz von IES anstellen. Allerdings kann auf Basis von administrativen Prävalenzzahlen aus ökonomisch und sozial vergleichbar entwickelten Ländern (z. B. Dänemark, Schweden) für Österreich eine Prävalenzschätzung von einem Prozent angenommen werden. Dies würde einer Population von rund 89.000 Personen mit IES entsprechen (verteilt über alle Altersstufen), bei einer Gesamtbevölkerung von 8,93 Millionen (Stand 2021, Statistik Austria).

Gut gesichert ist, dass die Prävalenz für IES sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter beim männlichen Geschlecht erhöht ist. Das Quotenverhältnis (Odds-Ratio) zwischen Männern und Frauen liegt im Kindes- und Jugendalter bei einem Wert von bis zu 0,4 und im Erwachsenenalter bei einem Wert von bis zu 0,7. Demnach gibt es eineinhalb- bis zweimal so viele Burschen/Männer als Mädchen/Frauen mit IES (Polyak et al. 2015).

Bei der Verteilung nach Schweregraden der IES handelt es sich bei 85 Prozent aller Fälle um Formen leichter intellektueller Beeinträchtigung, gefolgt von zehn Prozent mit mäßiger Beeinträchtigung und lediglich fünf Prozent mit einer schweren bzw. schwersten Form von IES (Weber/Rojahn 2019).

3.4 Ätiologische Hintergründe

Intellektuelle Entwicklungsstörungen sind durch Beeinträchtigungen in der Reifung der Hirnfunktionen bedingt. Dabei spielen sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren,

d. h. Umweltbedingungen, eine Rolle. Der relative Beitrag aus diesen beiden Faktorengruppen ist je nach Form und Schweregrad der Behinderung verschieden. In der Regel spielen biologische Faktoren mit zunehmendem Schweregrad der IES eine größere Rolle in der Entstehung der Beeinträchtigung. Bei einem Großteil der Fälle sind allerdings keine eindeutigen ätiologischen Faktoren bestimmbar. Solche Zustandsbilder werden aus ätiologischer Sicht als „unspezifisch“ bzw. „idiopathisch“ bezeichnet (Weber/Rojahn 2019).

Systematische Übersichten zu Faktoren, die als primär verursachend für IES bekannt sind, sind häufig nach dem Zeitpunkt, an dem diese Faktoren in der menschlichen Entwicklung wirksam geworden sind bzw. sich bestimmte Ereignisse zugetragen haben, strukturiert. So wird zwischen Faktoren und Ereignissen unterschieden, die entweder vorgeburtlich (pränatal), zum Zeitpunkt der Geburt (perinatal) bzw. kurz danach (neonatal) und deutlich nach der Geburt (postnatal) aufgetreten sind. Eine entsprechende Übersicht zu den bekanntesten Ursachen findet sich in Tabelle 3.

Tabelle 3: Systematik ätiologischer Faktoren, die typischerweise intellektuelle Entwicklungsstörungen hervorrufen, mit ausgewählten medizinischen Diagnosen und Syndromen

Ätiologische Faktoren	**Ontogenetischer Zeitpunkt des verursachenden Faktors**		
	Pränatal	**Perinatal - Neonatal**	**Postnatal**
Infektionen und Vergiftungen	• mütterliche Röteln • Toxoplasmose • HIV • Syphilis • Alkohol • Heroin, …	-	• Bleivergiftung • Quecksilbervergiftung
Physische Traumata	• Verletzung des Fötus	• Gehirnschädigung während der Geburt • Plazentainsuffizienz • andere Komplikationen beim Geburtsvorgang • …	• frühkindliche Hirnschädigung (z. B. Hirnschädelverletzung, Sauerstoffentzug)
Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (SWE)	• Aminosäure-SWE (z. B. Phenylketonurie) • Kohlenhydrate-SWE (z. B. Galaktosamie)	• Hyperbilirubinämie • Hypoglykämie • Hypothyroidismus	• Dehydrierung • Hypoglykämie • zerebrale Ischämie

Ätiologische Faktoren	Ontogenetischer Zeitpunkt des verursachenden Faktors		
	Pränatal	**Perinatal - Neonatal**	**Postnatal**
	• Mukopolysaccharid-SWE (z. B. Hurler-Syndrom) • Nukleinsäure-SWE (z. B. Lesch-Nyhan-Syndrom)		
Erkrankungen des Zentralnervensystems	• Neurofibromatose • Gehirntumor	-	• Demyelinisierungserkrankungen • degenerative Erkrankungen • Epilepsie
Chromosomale Störungen	autosomal: • Down-Syndrom (Trisomie 21) gebunden: • Rett-Syndrom (X-Chromosom, MECP2-Gen) • Fragiles-X-Syndrom angeborene Genmutation (Chromosomale Deletion): • Prader-Willi-Syndrom (Chromosom 15) • Williams-Beuren-Syndrom (Chromosom 7)	-	• chromosomale Störungen
Somatische Störungen unbekannter Ätiologie	• Meningozele • Hydrozephalus	-	• somatische Störungen unbekannter Ätiologie
Syndromale Erkrankungen	• neurokutane Erkrankungen (z. B. Sturge-Weber-Syndrom) • Muskelerkrankungen (z. B. Muskeldystrophien) • kraniofaziale Erkrankungen (z. B. Akrozephalie) • skelettale Erkrankungen	-	• syndromale Erkrankungen

Ätiologische Faktoren	Ontogenetischer Zeitpunkt des verursachenden Faktors		
	Pränatal	**Perinatal - Neonatal**	**Postnatal**
	(z. B. Akrody-sostose)		
Psychosozial bedingte Faktoren	• unzureichende Ernährung der Mutter • mangelnde ärztliche und psychosoziale Betreuung während der Schwangerschaft • massive Armut der Familie	-	• soziale Deprivation • schwerer Mangel an mentaler Anregung • intellektuelle Verarmung • Kindesmissbrauch und -misshandlung

Quelle: adaptiert nach Weber/Rojahn (2019)

Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, dass es sich bei IES um kein homogenes Störungsbild handelt. Neben dem ätiologischen Hauptfaktor sind oft auch weitere Faktoren in der Entstehung der IES im Sinne eines multifaktoriellen Geschehens involviert. Dies führt nicht nur zu Variationen hinsichtlich des Schweregrades, sondern auch zu einer Vielfalt an phänotypischen Erscheinungen, sowohl was das körperliche Erscheinungsbild, die Disposition von Organen, als auch Verhaltensformen anbelangt.

Hinsichtlich der Ätiologie von IES können verschiedene Faktorengruppen voneinander unterschieden werden, die hier in einer ontogenetischen Chronologie angeführt werden mit Prozentangaben, jeweils bezogen auf die Gesamtpopulation von IES.

In der pränatalen Phase lassen sich grob zwei große Faktorengruppen unterscheiden. Einerseits sind dies jene Fälle, die erblich bedingt sind, in denen also von Mutter bzw. Vater beigesteuerte Gen- und chromsomale Merkmale für die IES verantwortlich sind. Diese machen lediglich fünf Prozent aller Fälle mit IES aus. Dabei handelt es sich häufig um metabolische Störungen wie z. B. beim Tay-Sachs-Syndrom, um Einzelgenstörungen wie z. B. bei der tuberösen Sklerose, um Gensequenzstörungen wie beim Fragilen-X-Syndrom oder um chromosomale Störungen wie z. B. bei der translokationsbedingten Form des Down-Syndroms.

Andererseits lassen sich circa 30 Prozent der Fälle durch Faktoren, die in der embryonalen Phase wirken, erklären. Dazu gehören chromosomale Störungen und Genmutationen, die nach der Befruchtung auftreten, wie zum Beispiel das Down-Syndrom („freie“ Trisomie 21,

non-dysjunction), oder Faktoren, die in der embryonalen Zeit eine toxische Wirkung auf die Entwicklung des Zentralnervensystems haben, wie dies beispielsweise bei Infektionen der Fall sein kann.

In der perinatalen bzw. neonatalen Zeit sind es Geburtskomplikationen, wie beispielsweise massiver Sauerstoffmangel des Kindes während des Geburtsvorgangs, die mit circa zehn Prozent bei den Ursachen von IES zu Buche schlagen.

Faktoren, die in der frühen Kindheit, also postnatal, zu IES führen können, sind virale Erkrankungen, physische Traumata oder Vergiftungen. Diese spielen bei circa fünf Prozent der Fälle eine (mit-)verursachende Rolle.

Weiteren 15 bis 20 Prozent der Fälle werden psychosoziale Faktoren zugeschrieben, wie etwa soziale und kommunikative Deprivation oder massive Armut gepaart mit Unterernährung, wobei massive Unterernährung der Mutter während der Schwangerschaft bereits zu IES beitragen kann.

Der überwiegende Anteil der intellektuellen Entwicklungsstörungen bleibt aber mit 30 bis 40 Prozent aus ätiologischer Sicht nicht näher bestimmbar und ist somit unspezifischen Ursprungs.

Innerhalb eines Syndroms ist in der Regel die gesamte Bandbreite an Schweregraden der IES vertreten. So sind beispielsweise beim Down-Syndrom, das durch seine morphologischen und körperlichen Merkmale als eine homogene Gruppe erlebt werden kann, alle Schweregrade zu beobachten: von der leichten bis zur schwersten Form. Vereinzelt lässt sich bei Menschen mit Down-Syndrom eine Borderline intellektuelle Funktionstüchtigkeit beobachten, die mit der sogenannten Mosaikform von Trisomie 21 einhergeht, eine Trisomie-21-Form, die in der frühen embryonalen Phase, aber nicht in der allerfrühsten Zellteilung entsteht. Dies hat zur Folge, dass nicht alle Köperzellen das Chromosom 21 dreifach aufweisen. Die typischen Merkmale des Down-Syndroms sind daher nicht so stark ausgeprägt.

Hervorzuheben bleiben noch die Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Hier liegen die primären schweren Auffälligkeiten im Bereich der reziproken sozialen Interaktion und Kommunikation, einhergehend mit weiteren eingeschränkten, repetitiven und inflexiblen Verhaltensmustern. Aus einer rezenten Studie der US Centers for Disease Control and Prevention geht hervor, dass bei 31 Prozent der ASS-Personen ASS mit einer IES assoziiert ist, 25

Prozent der Kategorie Borderline-Intelligenz zugeordnet werden können sowie 44 Prozent durchschnittliche Intelligenzwerte aufweisen (Baio et al. 2018). Im ersten Fall würde die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung mit intellektuellen Entwicklungsstörungen vergeben werden unter Angabe des Schweregrades der IES. Bei schweren und schwersten Formen von ASS mit IES würden bei der Einschätzung der sozial-adaptiven Fertigkeiten konzeptionelle und lebenspraktische Fertigkeiten eher im Vordergrund stehen als soziale Fertigkeiten.

3.5 Unterstützungsbedarf

Der Schweregrad der IES steht zwar in engem Verhältnis zum Unterstützungsbedarf, allerdings lässt sich der individuelle Unterstützungsbedarf einer Person nicht aus dem Schweregrad ableiten. Der Schweregrad ermöglicht höchstens eine grobe Prognose zum Unterstützungsumfang. So kann davon ausgegangen werden, dass beispielsweise eine Person mit einer leichten Form von IES im Erwachsenenalter ihr Leben durchaus unabhängig führen kann bei nur gelegentlichem Unterstützungsbedarf, wohingegen für eine Person mit einer schwersten Form von IES in der Regel der Bedarf an einer 24-Stunden-Betreuung anzunehmen ist. Das Ausmaß und die Inhalte des Unterstützungsbedarfs lassen sich nur auf einer individuellen Ebene feststellen. Eine solche Feststellung nutzt eine Fähigkeitsbeeinträchtigungslogik, die konkrete Umweltbedingungen der Person mit IES mitberücksichtigt. Ziel dabei ist, Unterstützungsbedarfe und Ressourcen so zu definieren, dass es der Person mit Behinderung ermöglicht wird, an gesellschaftlichen Kontexten teilzunehmen und ein privates Leben zu führen. Diese Sichtweise von Behinderung kommt in der International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001) zum Ausdruck. In dieser werden die Fähigkeits- und soziale Teilhabedimension der gemäß ICD diagnostizierten „Störungen“ angesprochen und in Richtung Unterstützungsbedarf übersetzt. In weiterer Folge und in Verbindung mit der Philosophie der rechtlich verbindlichen UN-Behindertenrechtskonvention (Vereinigte Nationen 2006) werden eine chancengerechtere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen gestärkt. Von dieser Philosophie gehen aktuelle Ansätze zur Feststellung des individuellen Unterstützungsbedarfs aus. Ihr liegt ein soziales Modell von Behinderung zugrunde, welches vom Verständnis geprägt wird, dass eine Beeinträchtigung erst dann als Behinderung wirksam wird, wenn beeinträchtigungsbedingte unüberwindbare Barrieren im Weg stehen. Alle anderen Barrieren sollten über angemessene individuelle Unterstützungsangebote und beeinträchtigungsbedingte Nachteilsausgleiche soweit wie möglich überwunden werden.

3.6 Lebensrealitäten und soziale Inklusion

Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen benötigen ab dem Zeitpunkt einer frühen vorläufigen Diagnose besondere Beachtung in der Förderung und Unterstützung. Im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter ist das Lebenszentrum für diese Menschen (in Österreich wie in vielen europäischen Ländern) häufig die Familie.

Ab dem Kindergartenalter erfolgt die Förderung dieser Kinder vermehrt in inklusiven Settings, die seit einigen Jahren traditionelle Angebote, wie Sondereinrichtungen zur Förderung und Beschulung, ergänzen und vermehrt ablösen. Bildungsfähigkeit ist heute prinzipiell jedem Menschen zuzuschreiben, auch Menschen mit IES, was allerdings nicht immer der Fall war. So ist beispielsweise aus der Bildungsarbeit mit Menschen mit Down-Syndrom bekannt, dass diese, wie auch andere Kinder mit IES, oft in ihren Möglichkeiten und Potenzialen unterschätzt wurden. Sonderpädagogisches Know-how wird heute vermehrt im Rahmen inklusiv-pädagogischer schulischer Settings genutzt, wo auf individualisiertes, vom Regellehrplan lernzieldifferentes Unterrichten gesetzt wird.

Nach den Pflichtschuljahren finden Jugendliche mit IES in Österreich nur wenige Angebote zu beruflichen Teilqualifizierungen. Die meisten von ihnen finden weiterhin den Weg in sogenannte Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, die gesetzlich als Beschäftigungstherapie definiert sind. Menschen, die in solchen Werkstätten arbeiten, werden für ihre Leistungen lediglich mit einem bescheidenen Taschengeld belohnt. Von amtlicher Seite sind sie in der Regel als dauerhaft arbeitsunfähig eingestuft, wodurch ihnen der Zugang zum regulären Arbeitsmarkt verwehrt bleibt. In den kommenden Jahren soll für viele Betroffene das Taschengeld-Modell durch ein adäquates Lohnmodell mit entsprechender eigener arbeits- und sozialrechtlicher Absicherung ersetzt werden.

Im Erwachsenenalter wohnen viele Menschen mit IES bis weit über ihr 30. oder 40. Lebensjahr hinaus weiterhin bei ihren Eltern. In Österreich sind es im Schnitt 36 Prozent der über 40-Jährigen, die noch bei den Eltern leben. Die Bandbreite variiert dabei von 17 Prozent in Kärnten bis 51 Prozent in Tirol bzw. 54 Prozent in Vorarlberg (Weber 2004). Die Unterbringung in Großeinrichtungen ist in den letzten Jahrzehnten stark rückläufig. Stattdessen wurden vermehrt voll- oder teilbetreute Wohngemeinschaften für Menschen mit IES geschaffen, vermehrt gemeindenah, d. h. in allgemeinen Wohngebieten und Wohnanlagen. Dabei handelt es sich in der großen Mehrzahl um Wohneinrichtungen und Wohnplätze, die von den Ländern finanziert werden, wobei die Anzahl der Plätze vom jeweiligen Bundesland gesteuert wird. Ob aus Mangel an betreuten Wohnplätzen oder aber aus anderen Gründen -

viele Menschen mit IES wohnen häufig bis ins hohe Alter der Eltern im Familienverband und besuchen tagsüber Werkstätten für Menschen mit Behinderungen oder andere tagestrukturierende Einrichtungen, Freizeit- und Kulturangebote oder sind nur zu Hause.

Seit nun gut zwanzig Jahren gibt es vermehrt Initiativen zur sozialen Teilhabe von Menschen mit IES, ganz nach dem Motto „leben wie andere auch“. Selbstbestimmung wird dabei zu einer immer prominenteren Zielsetzung in der fachlichen Begleitung dieser Menschen. Die gezielte Förderung und Befähigung von Kompetenzen, die für eine autonomere Lebensführung notwendig sind und zu denen auch eine solide Gesundheitskompetenz zählt, erlaubt es, dass Menschen mit IES vermehrt selbstständig wohnen, ob allein, zu zweit oder in kleinen Gruppen, mit einer bedarfsorientierten professionellen Begleitung im Hintergrund. Vereinzelt wurden in den letzten Jahren sogenannte inklusive Wohnsettings entwickelt und gefördert. Hier leben Menschen mit IES auf Augenhöhe mit Menschen ohne Behinderung und verrichten vieles gemeinsam, wobei Mitbewohnerinnen und Mitbewohner mit Behinderungen für bestimmte Bedarfe professionelle Unterstützung und Assistenz erhalten. Auch werden in letzter Zeit Wohneinrichtungen entwickelt, die sich speziell an Senioren und Seniorinnen mit IES richten. Bei zusätzlicher alterskorrelierten Beeinträchtigungen wird dabei auch bei Personen mit IES vermehrt auf bestehende mobile Dienste zurückgegriffen.

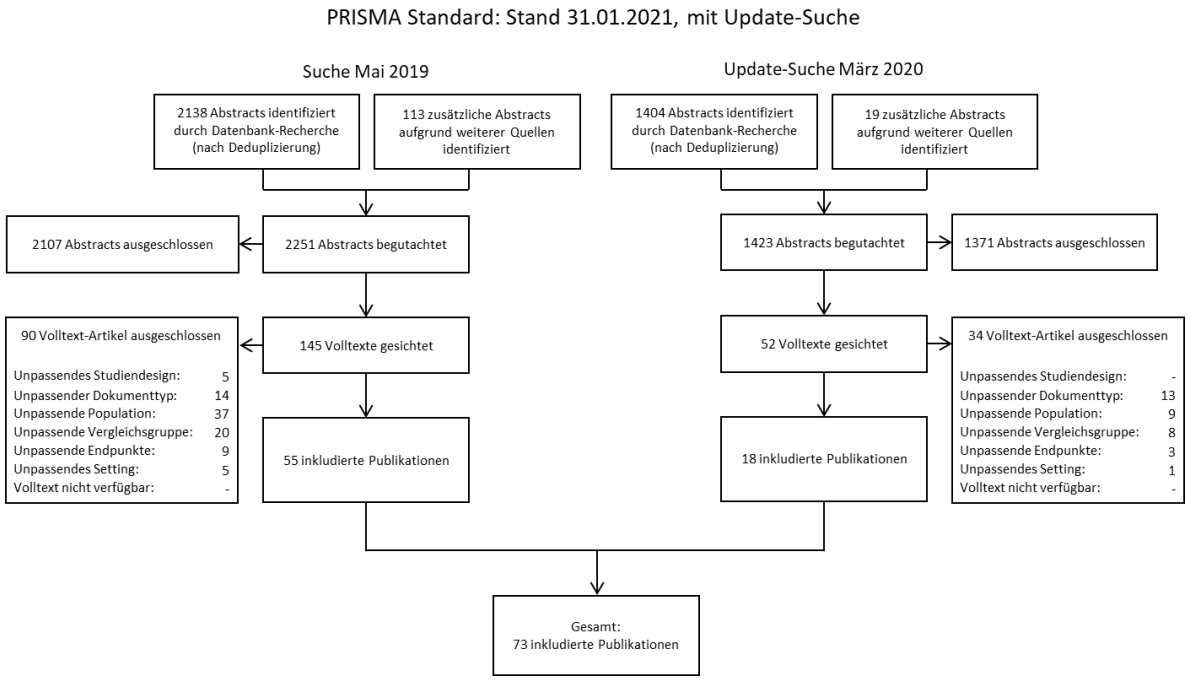
Insgesamt zielen diese in noch vielen Bereichen weiterzuentwickelnden Transformationen auf mehr Chancengerechtigkeit für Menschen mit Behinderungen und insbesondere für Personen mit IES ab. Auf dem Weg zu einer Gesellschaft, in der Menschen mit Behinderungen stärker eingebunden sind, mitbestimmen können und in der ihre Personenrechte beachtet werden, gibt es aber nach wie vor Bereiche (z. B. die Gesundheitsversorgung), in denen Menschen mit IES bisher nicht ausreichend mitgedacht und berücksichtigt wurden. In diesen Lebensbereichen werden rasch jene Barrieren, Herausforderungen und Schwierigkeiten sichtbar, mit denen Menschen mit IES regelmäßig konfrontiert sind.

4 Ergebnisse der Suche

4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die systematische Literatursuche erfolgte in zwei Wellen. In der ersten Suche im Mai 2019 wurden insgesamt 2.251 Abstracts gefunden und von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander begutachtet. Nach dem Auswahlprozess wurden 145 potenzielle Volltexte einem weiteren Screening durch zwei unabhängige Personen unterzogen und 55 Publikationen inkludiert. In einer Update-Suche mit einer verbesserten Suchstrategie im März 2020 wurden 1.423 Abstracts und danach 52 Volltexte auf ihre Eignung für diesen systematischen Review begutachtet und 18 weitere Publikationen eingeschlossen. Insgesamt wurden damit 73 Publikationen identifiziert, die den Einschlusskriterien der Literaturrecherche entsprechen. Der gesamte Auswahlprozess ist in Abbildung 1 in Form eines PRISMA-Flussdiagramms dargestellt.

Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm der Studienselektion



Quelle und Darstellung: GÖG und DUK

Eine Liste der Referenzen der inkludierten Artikel ist in Anhang B und eine Liste der Referenzen der im Volltext-Review ausgeschlossenen Studien inklusive Ausschlussgründen ist in Anhang C enthalten.

4.2 Charakteristika der inkludierten Studien

Von den 73 Publikationen berichten 18 über Primärdaten aus Querschnittstudien, 25 über eine Sekundäranalyse von Querschnittsdaten (entweder aus Querschnitt- oder aus Längsschnitterhebungen) bzw. acht von Sekundäranalysen von gepoolten Daten. In 22 Publikationen werden die Ergebnisse von retrospektiven Kohortenstudien berichtet. Zwei Drittel der Publikationen (n=50) berichten über Daten aus Europa, vorwiegend aus dem Vereinigten Königreich (n=26) und Irland (n=7), aber auch aus den Niederlanden (n=8), Schweden (n=4), Deutschland (n=2) und jeweils eine Publikation über Daten aus Finnland, Spanien und Österreich. Die restlichen Publikationen berichten über Daten aus nichteuropäischen englischsprachigen Ländern, vor allem aus den USA (n=10) und Australien (n=8), aber auch Kanada (n=4), und eine Publikation berichtet über Daten aus Neuseeland.

In acht von 73 Publikationen (Arvio et al. 2017; Emerson/Robertson 2010; Emerson et al. 2016b; Hempel et al. 2015; Hughes-McCormack et al. 2018; Melville et al. 2008; Robertson et al. 2018a; Robertson et al. 2018b) werden Daten nur nach Altersgruppen oder Geschlecht getrennt aufgeführt. Diese wurden zwar eingeschlossen, aber in den Ergebniskapiteln nicht integriert, da dort keine Subgruppenergebnisse anführt werden.

Manche Datenquellen wurden in mehreren Publikationen verwendet, dies wird allerdings nicht systematisch ausgewiesen, da sonst die Ergebnisdarstellung zu komplex und kompliziert werden würde. Es wird im Bericht also von Publikationen und nicht von Studien berichtet, auch wenn eine Studie in mehreren Publikationen veröffentlicht wurde. Es wurde kein „overlap of studies“ berechnet.

Sieben Publikationen berichten über Daten einer niederländischen Querschnittstudie, der HA-ID-Studie (Healthy Ageing and Intellectual Disability), in der Personen mit IB ab 50 Jahren teilnahmen, die von drei großen Serviceanbietern für Menschen mit IB betreut werden (de Winter et al. 2012b; de Winter et al. 2012a; de Winter et al. 2013; de Winter et al. 2014; de Winter et al. 2016; Hermans et al. 2014; Oppewal et al. 2018). Fünf Publikationen berichten über die Studie IDS-TILDA (the Intellectual Disability Supplement to the Irish Lon-

gitudinal Study on Ageing), eine nationale repräsentative Studie in mehreren Erhebungswellen über Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Alter ab 40 Jahren in Irland (Burke et al. 2014; Mac Giolla Phadraig et al. 2015; McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017b; McCarron et al. 2017a). Drei Publikationen berichten über Daten aus dem Leicestershire Learning Disability Register, einer Datenbank, die Informationen über alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 25 Jahren mit sonderpädagogischem Förderbedarf und Behinderungen, die in Leicestershire leben, erfasst (Bhaumik et al. 2008; Kiani et al. 2010; Tyrer/McGrother 2009). Drei Publikationen analysieren Daten aus der „Understanding Society"-Studie, einer britischen Längsschnittstudie (Emerson et al. 2014b; Emerson et al. 2016a; Robertson et al. 2014). Zwei Publikationen analysieren Daten der „Next Steps"-Studie, einer jährlichen Panelstudie, die eine englische Kohorte durch die Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter begleitet (Robertson et al. 2018a; Robertson et al. 2018b). Zwei Publikationen berichten über Daten der Longitudinal Study of Australian Children, einer Kohorte von Kindern im Alter von 4 bis 5 Jahren (Emerson et al. 2010; Emerson/Robertson 2010).

Das Altersspektrum der inkludierten Personen variiert zwischen den Publikationen. Die meisten Publikationen berichten über Erwachsene (n=27) oder ältere Erwachsene (n=17), andere über Jugendliche und Erwachsene (n=8), über Kinder und Erwachsene (n=8), über Kinder und Jugendliche (n=5) bzw. nur Kinder (n=3) oder nur Jugendliche (n=3). Bei zwei Publikationen fehlt die Angabe über das Alter. Die Altersangaben sind sehr unterschiedlich, sie erfolgen entweder als Mittelwert, Spannweite der inkludierten Personen oder als Anteile in bestimmten Altersgruppen.

Die Anzahl der inkludierten Personen mit IB reicht von 98 bis 64.008 bzw. ist sie in drei Publikationen nicht angegeben (Emerson et al. 2014a; Glover et al. 2017; Robertson et al. 2018b).

44 Publikationen (Arvio et al. 2017; Axmon et al. 2017; Balogh et al. 2015; Bhaumik et al. 2008; Boland et al. 2009; Boulet et al. 2009; Bourke et al. 2017; Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; de Winter et al. 2012b; de Winter et al. 2012a; de Winter et al. 2016; Dieckmann et al. 2015; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2010; Emerson et al. 2016a; Emerson et al. 2016b; Finlayson et al. 2009; Finlayson et al. 2010; Florio/Trollor 2015; Flygare Wallen et al. 2018; Glover et al. 2017; Hassiotis et al. 2017; Havercamp/Scott 2015; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Hughes-McCormack et al. 2017; Kinnear et al. 2019a; Kinnear et al. 2019b; Lunsky et al. 2017; Mac Giolla Phadraig et al. 2015; McCarron et al. 2015; McCarron et al. 2017b; Melville et al. 2008; Mithen et al. 2015; Ng et al. 2017; Sandberg et al. 2017; Segal et al. 2016; Slevin et al. 2014; Stancliffe et

al. 2011; Stankiewicz et al. 2018; Trollor et al. 2017; Young-Southward et al. 2017) erhielten eine niedrige Bewertung des Biasrisikos und 23 wurden mit unklarem Biasrisiko bewertet (Brehmer et al. 2008; Burke et al. 2014; de Winter et al. 2013; de Winter et al. 2014; Emerson/Robertson 2010; Emerson et al. 2014a; García-Domínguez et al. 2020; Hempel et al. 2015; Hermans et al. 2014; Hughes-McCormack et al. 2018; Jansen et al. 2013; Landes 2014; Landes 2017a; Landes 2017b; McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017a; Morin et al. 2012; Oppewal et al. 2018; Robertson et al. 2014; Robertson et al. 2018a; Robertson et al. 2018b; Stedman/Leland 2010; Tyrer/McGrother 2009) (s. Tabelle 4). Gründe für die unklare Einstufung des Verzerrungsrisikos waren hauptsächlich, dass die Repräsentativität der Stichprobe nicht klar beschrieben oder nicht angegeben war, die Rücklaufquote nicht berichtet war oder die verwendeten statistischen Methoden bzw. die Datengrundlagen nicht klar oder nicht berichtet waren.

Sechs Publikationen zeigen ein hohes Biasrisiko (Cocks et al. 2016; Emerson et al. 2014b; Haider et al. 2013; Kiani et al. 2010; Magana et al. 2016; Stancliffe/Anderson 2017) aufgrund niedriger Antwortraten, fehlender Beschreibung der Non-Responder, einer kleinen Stichprobe, unklarer bzw. fehlender Repräsentativität der Stichprobe und fehlender statistischer Analysen oder fehlender Beschreibung der statistischen Analysen. Weiterführende Informationen zur Biasbewertung können bei den Autorinnen und Autoren nachgefragt werden.

Die Anzahl der untersuchten Outcomes pro Publikation reicht von einem bis 25. In 26 Publikationen wird über einen Outcome bzw. eine Outcome-Kategorie berichtet, weitere 13 Publikationen berichten über zwei Outcomes bzw. Outcome-Kategorien, sieben Publikationen berichten über zehn oder mehr Outcomes.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Charakteristika der inkludierten Studien (in alphabetischer Reihenfolge).

Tabelle 4: Charakteristika der inkludierten Publikationen (in alphabetischer Reihenfolge)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Arvio et al. (2017) (niedrig)	Finnland (Süd-Häme und Südwest-finnland)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 1.236 **NIB**: k.A.	**IB**: Registerdaten, Vollerhebung von zwischen 1970 und 2011 verstorbenen Personen mit IB, die Leistungen von zwei Serviceorganisationen für Menschen mit IB in Süd-Häme und Südwestfinnland in Anspruch nahmen; repräsentativ **NIB**: Vollerhebung aus der Datenbank „Statistik Finnland“ von zwischen 1970 und 2011 verstorbenen EW von Südwestfinnland und Süd-Häme; repräsentativ	**IB** + **NIB**: 1970-2011	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 43,45% (537/1.236) **NIB**: k.A.	k.A.	Sterbealter [nur Subgruppen-ergebnisse]
Axmon et al. (2017) (niedrig)	Schweden	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten (Sekundär-analyse)	**IB**: 7.936 **NIB**: 7.936	**IB**: Vollerhebung, LSS Register (Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments) Schweden, repräsentativ **NIB**: repräsentative Zufallsstichprobe, Schweden, Statistics Sweden	**IB** + **NIB**: 2006-2012	**IB** + **NIB**: 55+ J	**IB**: 45,47% (3.609/7.936) **NIB**: 45,47% (3.609/7.936)	k.A.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Bluthochdruck

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Balogh et al. (2015) (niedrig)	Kanada (Ontario)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 28.567 **NIB**: 2.261.919	**IB**: Vollerhebung für Ontario aus einer Datenbank, in der alle anspruchsberechtigten Personen für Gesundheitsdienste erfasst sind, repräsentativ **NIB**: Stichprobe, zufällig, repräsentativ	**IB** + **NIB**: 2005-2010	**IB**: 30-69 J: MW k.A. **NIB**: 30-69 J: MW k.A.	**IB + NIB**: k.A.	k.A.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes)
Bhaumik et al. (2008) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (Leicester, Leicester-shire, Rutland)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 1.119 **NIB**: k.A.	**IB**: alle Personen des Leicestershire Learning Disability Register (die innerhalb von 2 Jahren nach dem 1. Juli 1998 einen Gesundheitscheck und innerhalb von 3 Jahren nach diesem Gesundheitscheck ein Heiminterview durchgeführt hatten), eine offene Kohorte, in die Personen, die Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, rekrutiert werden; repräsentativ **NIB**: Daten für die allgemeine Bevölkerung des Health Survey for England 1998 (Department of Health 1998). Zufallsstichprobe für England, repräsentativ	**IB**: 1998-2003 **NIB**: 1998	**IB**: 20-29 J: 25,8% (289/1.119) 30-39 J: 24,1% (270/1.119) 40-49 J: 23,6% (264/1.119) ≥50 J: 26,5% (296/1.119) **NIB**: älter als 25 J	**IB**: 41% (458/1.119) **NIB**: k.A.	k.A.	Gewichtsstatus

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Boland et al. (2009) (niedrig)	Irland (Ostküste)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 247 **NIB**: 5.992	**IB**: Klumpenstichprobenver-fahren: Von 18 (von insgesamt 21) Behinderteneinrichtungen, die spezielle Dienstleistungen und Betreuungsleistungen für Menschen mit IB in Irland (Ostküste) anbieten, wurden alle Personen ab 15 Jahren, die an dem großen Gesundheitsförderungs-assessment teilnahmen, für vorliegende Querschnittstudie herangezogen. repräsentativ **NIB**: nationaler Survey (postalischer Versand eines Fragebogens an alle Haushalte Irlands) repräsentativ	**IB**: k.A. **NIB**: 2002	**IB**: 15-65 J: 35,5 (SD 12) **NIB**: über 15 J: Median 39	**IB**: 51,4% (127/247) **NIB**: k.A	k.A.	selbsteinge-schätzter allgemeiner Gesundheits-zustand neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen Schmerzen Aktivitäten des täglichen Lebens Mobilität Lebensqualität
Boulet et al. (2009) (niedrig)	USA	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten (Sekundär-analyse)	**IB**: 700 **NIB**: 82.875	**IB** + **NIB**: mehrstufiges Klumpenstichprobenver-fahren: Aus zufällig gewählten Erhebungseinheiten wurde ein repräsentatives Sample an US-Haushalten gezogen, von denen jeweils ein zufällig selektiertes Kind an der Studie teilnahm. repräsentativ	**IB** + **NIB**: 1997-2005	**IB**: 3-17 J **NIB**: 3-17 J	**IB**: 43,8% (307/700) **NIB**: 51,2% (42.432/82.875)	k.A.	selbsteinge-schätzter allgemeiner Gesundheits-zustand Aktivitäten des täglichen Lebens Mobilität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Bourke et al. (2017) (niedrig)	Australien (West-australien)	retro-spektive Kohor-tenstudie (Sekundär-analyse)	**IB**: 10.593 (davon am 31.12.2010: 10.267 am Leben, 326 verstorben) **NIB**: 710.198 (davon am 31.12.2010: 704.945 am Leben, 5.253 verstorben)	**IB**: repräsentative Vollerhebung, Kinder mit IB, geboren in Westaustralien 1983-2010, aus der Western Australian Intellectual Disability Exploring Answers Datenbank (IDEA) **NIB**: Vollerhebung Kinder ohne IB, geboren in Westaustralien 1983-2010 aus dem Western Australia Midwifes Notication system Diese Datenbank beinhaltet alle gemeldeten Geburten in Westaustralien für Säuglinge ≥ 20 Schwangerschaftswoche oder ≥ 400 g Geburtsgewicht. Diese Daten wurden mit Daten anderer Datenbanken verknüpft, um Informationen zur Mortalitätsrate, zu Todesursachen sowie zu 1-, 5-, 10- und 25-Jahre-Überlebensrate zu erhalten. repräsentativ	**IB** + **NIB**: 1983-2010	**IB** + **NIB**: ≤25 J	**IB**: 35% (3.713/ 10.593) **NIB**: 48,9% (347.547/ 710.198)	leicht (IQ 55-69) oder mittelgradig (IQ 40-54): 91,9% (9.736/10.593) schwer (IQ <40): 8,1% (857/ 10.593)	Lebenserwartung (Überlebensrate) Gesamtsterblichkeit ursachenspezifische Mortalität
Brehmer et al. (2008) (unklar)	Österreich (Wien und Nieder-österreich)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 190 **NIB**: 15.000	**IB**: willkürliche Stichprobe von Personen mit IB, die von 15 Zentren in Wien und Niederösterreich Leistungen für Menschen mit IB in	**IB**: 2005-2008 **NIB**: 2006-2007 (Statistik Austria 2008)	**IB**: 18-76 J: MW: 41 **NIB**: k.A.	**IB**: 48,42% (92/190) **NIB**: k.A.	leichte/ mäßige IB: 77,9% schwere/ schwerste IB: 22,1%	Allergien Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthrose, Osteoporose) Migräne/Kopf-

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Anspruch nehmen, repräsentativ **NIB**: zufällige nationale Stichprobe von Personen über 15 Jahren, die in einem Haushalt oder in einer Institution (Pflege-, Altenheime, Gefängnisse etc.) in Österreich leben, repräsentativ					schmerzen Atemwegserkran-kungen (Asthma, chronische Bronchitis und/oder Emphysem) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) Krebs Krankheiten des Auges (Katarakt) Inkontinenz Bluthochdruck
Burke et al. (2014) (unklar)	Irland	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 708 **NIB**: k.A.	**IB**: repräsentative Zufallsstichprobe aus der nationalen Datenbank für Menschen mit IB (enthält alle Personen mit IB, die berechtigt sind, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder zu erhalten; in unterschiedlichen Wohnsituationen: unabhängig, mit Familie im	**IB**: 2011-2014 **NIB**: k.A	**IB**: 43+ J 40-49 J: 28,1% (k.A.) 50-64 J: 51,0% (k.A.) 65+ J: 20,9% (k.A.) **NIB**: k.A.	**IB**: 55,5% (k.A.) **NIB**: k.A.	milde IB: 24,0% (k.A.) moderate IB: 46,5% (k.A.) profunde IB: 29,5% (k.A.)	selbsteinge-schätzter allgemeiner Gesundheits-zustand selbsteinge-schätzter psychischer/emo-tionaler/mentaler Gesundheits-zustand Krankheiten des

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Privathaushalt, in Einrichtungen für IB) **NIB**: nationale Zufallsstichprobe von Personen ab 50 Jahren auf Haushaltsebene, stratifiziert nach sozioökonomischer Gruppe und geographischer Lage repräsentativ					Muskel-Skelett-Systems (Arthritis, Osteoporose) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Stürze Verletzungen Gewichtsstatus Bluthochdruck körperliche Aktivität
Carey et al. (2016) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (England)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 14.751 **NIB**: 86.221	**IB + NIB**: Vollerhebung Personen mit IB in England aus einem Patientenakten-Register (CPRD), welches von Allgemeinpraxen in England für Forschungszwecke freiwillig zur Verfügung gestellt wird: d. h. Erfassung all jener elektronischer Patientenakten von Personen mit und ohne IB, die von 408 Hausarztpraxen zur Verfügung gestellt wurden; repräsentativ laut Autoren (Anm.: unklar, wie repräsentativ die Auswahl der Arztpraxen ist)	**IB** + **NIB**: 2012	**IB**: 18-84 J: MW 42,1 (SD 15,7) 18-34 J: 36,3% (5.365/14.751) 35-54 J: 41,0% (6.041/14.751) 55-84 J: 22,6% (3.345/14.751) **NIB**: k.A. (aber Kontrollgruppe altersgerecht)	**IB**: 42,1% (6.216/ 14.751) **NIB**: k.A.% (k.A./86.221) aber Kontroll-gruppe geschlechter-gerecht	k.A.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthritis, Osteoporose) Atemwegserkran-kungen (Asthma, COPD) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz,

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
									periphere arterielle Verschlusskrankheit) Krebs Krankheiten des Nervensystems Krankheiten der Schilddrüse Krankheiten des Urogenitalsystems Affektive Störungen Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen Schizophrenie und wahnhafte Störungen Verhaltens- und emotionale Störungen Demenz Hören, Sehen Mobilität Inkontinenz Bluthochdruck
Cocks et al. (2016) (hoch)	Australien (West-australien)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 328 **NIB**: k.A.	**IB**: selbstselektierte Stichprobe von Erwachsenen mit IB, die in der westaustralischen Datenbank der Kommission für	**IB**: 2013 **NIB**: k.A. (Anm.: Die Daten der herangezo-	**IB**: 18-82 J: MW 36,6 18-24 J: 24,8% (79/328) 25-34 J: 28,6% (91/328) 35-44 J: 15,7% (50/328) 45-54 J: 18,6% (59/328)	**IB**: 40,7% (132/328) **NIB**: 50,6% (n: k.A.)	k.A.	selbsteingeschätz-ter allgemeiner Gesundheits-zustand Hören, Sehen

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Behindertenhilfe (WA Disability Services Commission database) im Oktober 2012 registriert waren. Einladungen zur Teilnahme an der Studie wurden weiters über Radio und Nachrichtenmedien und eine Vielzahl von Dienst-leistungsanbietern für Menschen mit IB und Nichtregierungsorganisatio-nen verbreitet. repräsentativ **NIB**: k.A.	genen unter-schiedlichen Quellen stammen aus dem Zeitraum 2005-2013.)	55 J und älter: 12,3 (39/328) **NIB**: 15 J und älter: k.A. 18-24 J: 16,4 % 25-34 J: 17,4% 35-44 J: 16,9% 45-54 J: 16,0% 55 J und älter: 33.4%			
Cooper et al. (2015) (niedrig)	Schottland	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 8.014 **NIB**: 1.416.364	**IB** + **NIB**: Vollerhebung der Patientendaten aus 314 schottischen Hausarztpraxen Datenset ist repräsentativ für die gesamte schottische Bevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status.	**IB** + **NIB**: 2007	**IB**: 18-24 J: 14,9% (1.192/8.014) 25-34 J: 17,7% (1.419/8.014) 35-44 J: 22,6% (1.811/8.014) 45-54 J: 20,5% (1.639/8.014) 55-64 J: 13,9% (1.116/8.014) 65-74 J: 7,4% (593/8.014) ≥75 J: 3,0% (244/8.014) **NIB**: 18-24 J: 10,6% (150.501/1.416.364) 25-34 J: 16,1%	**IB**: 43,6% (3.496/8.014) **NIB**: 50,9% (721.453/ 1.416.364)	k.A.	Erkrankungen körperliche Erkrankungen (insgesamt) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthritis) Migräne/ Kopfschmerzen Atemwegserkran-kungen (Asthma, COPD, andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege) Endokrine, Ernährungs- und

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
						(227.977/1.416.364) 35-44 J: 19,6% (277.182/1.416.364) 45-54 J: 17,8% (252.155/1.416.364) 55-64 J: 15,4% (218.217/1.416.364) 65-74 J: 10.9% (154.687/1.416.364) ≥75 J: 9.6% (135.645/1.416.364)			Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit) Krebs Krankheiten des Auges (Makula-degeneration) Krankheiten des Nervensystems chronisch entzündliche Hautkrankheiten Krankheiten der Schilddrüse Krankheiten des Urogenitalsystems Krankheiten des Verdauungssystems Psychische Erkrankungen (insgesamt) Affektive Störungen Neurotische,

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
									Belastungs- und somatoforme Störungen Schizophrenie und wahnhafte Störungen Essstörungen Demenz Schmerzen Infektions-erkrankungen Hören, Sehen Bluthochdruck Alkoholkonsum
Cooper et al. (2018) (niedrig)	Schottland (Gebiet um Glasgow)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 721 **NIB**: 764.672	**IB**: Identifikation aller Patientinnen und Patienten mit IB aus dem Gesundheitsregister von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen der untersuchten Region Schottlands **NIB**: Vollerhebung der Patientendaten der untersuchten Region Schottlands	**IB**: 2007-2010 **NIB**: 2006-2007	**IB**: 18-34 J: 26,6% (192/721) 35-44 J: 23,9% (172/721) 45-54 J: 24,1% (174/721) ≥55 J: 25,4% (183/721) **NIB**: k.A.	**IB**: 44,8% (323/721) **NIB**: k.A.	leicht (k.A): 35,4% (255/721) moderat (k.A): 26,9% (194/721) stark (k.A): 17,8% (128/721) hochgradig (k.A): 19,9% (143/721) Down-Syndrom: 13,6% (98/721)	Atemwegserkran-kungen (Asthma, COPD) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz) Krebs Krankheiten des Nervensystems

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
									Krankheiten der Schilddrüse Krankheiten des Urogenitalsystems Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen Demenz
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	Niederlande	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 980 (je nach Outcome für Vergleich mit NIB zw. 492-767) **NIB**: je nach Outcome zwischen 2.173 und 2.266	**IB**: Klumpenstichprobe, 3 große Serviceanbieter für Menschen mit IB; von diesen wurden jene Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger IB für die Studie herangezogen, die zum Selbstreport in der Lage waren. repräsentativ für Personen, die Betreuungsdienste in Anspruch nehmen **NIB**: k.A.	**IB**: 2008-2010 **NIB**: k.A.	**IB**: 50-93 J: 61,5 (SD k.A.) **NIB**: 50-70 J: MW k.A.	**IB**: 48,7% (477/980) **NIB**: k.A.	Borderline (IQ k.A.) 3,1% (30/980) leicht (IQ k.A.) 21,4% (210/980) mittelgradig (IQ k.A.) 48,6% (476/980) schwer (IQ k.A.) 16,0% (157/980) schwerst (IQ k.A.) 8,7% (85/980) unbekannt: 2,2% (22/980)	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes, Hypercholesteri-nämie) Gewichtsstatus Metabolisches Syndrom Bluthochdruck

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
de Winter et al. (2012b) (niedrig)	Niederlande	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 945 **NIB**: 3.663	**IB**: Klumpenstichprobe, 3 große Serviceanbieter im für Menschen mit IB; von diesen wurden jene Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger IB für die Studie herangezogen, die zum Selbstreport in der Lage waren. repräsentativ für Personen, die Betreuungsdienste in Anspruch nehmen **NIB**: k.A.	**IB**: 2008-2010 **NIB**: 2009	**IB**: 50-90 J: 61,5 (SD k.A.) **NIB**: 45+ J	**IB**: 49% (463/945) **NIB**: 48,9% (1790/3663)	Borderline (IQ k.A.): 3,2% (30/945) leicht (IQ k.A.): 21,6% (204/945) mittelgradig (IQ k.A.): 48,0% (454/945) schwer (IQ k.A.): 16,0% (151/945) schwerst (IQ k.A.): 8,9% (84/945) unbekannt (IQ k.A.): 0,7% (7/945)	Gewichtsstatus
de Winter et al. (2013) (unklar)	Niederlande	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 629 (562 für Vergleich mit NIB) **NIB**: 917	**IB**: Klumpenstichprobe, 3 große Serviceanbieter im für Menschen mit IB; von diesen wurden jene Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger IB für die Studie herangezogen, die zum Selbstreport in der Lage waren.	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 50-93 J: 61,5 (SD k.A.) **NIB**: 50+ J	**IB**: 46,4% (292/629) **NIB**: k.A	Borderline (IQ k.A.): 4,1% (25) leicht (IQ k.A.): 24,9% (152) mittelgradig (IQ k.A.): 53,0% (323)	periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				repräsentativ für Personen, die Betreuungsdienste in Anspruch nehmen **NIB**: k.A.				schwer (IQ k.A.): 13,4% (82) schwerst (IQ k.A.): 4,6% (28)	
de Winter et al. (2014) (unklar)	Niederlande	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 635 **NIB**: k.A.	**IB**: Klumpenstichprobe, 3 große Serviceanbieter für Menschen mit IB; von diesen wurden jene Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger IB für die Studie herangezogen, die zum Selbstreport in der Lage waren. repräsentativ für Personen, die Betreuungsdienste in Anspruch nehmen **NIB**: k.A	**IB**: 2008-2010, 2013 **NIB**: k.A.	**IB**: MW 61,7 J (8,1) **NIB**: k.A.	**IB**: 46,0% (292/635) **NIB**: k.A.	Borderline (IQ k.A.): 2,1% (13) leicht (IQ k.A.): 21,2% (132) mittelgradig (IQ k.A.): 51,2% (321) schwer (IQ k.A.): 16,3% (102) schwerst (IQ k.A.): 9,4% (59)	Krankheiten des Urogenitalsystems
de Winter et al. (2016) (niedrig)	Niederlande	retro-spektive Kohor-tenstudie (Sekundär-analyse)	**IB**: 790 **NIB**: k.A. (für die Vergleichs-gruppe ≥ 50 Jahre)	**IB**: Basisstudie: Klumpenstichprobe, 3 große Serviceanbieter im Menschen mit IB; von diesen wurden jene Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger IB für die Studie herangezogen, die zum Selbstreport in der Lage waren. Repräsentativ für	**IB**: 2008-2013 **NIB**: k.A.	**IB**: ≥ 50 J 50-59 J: 46% (365/790) 60-69 J: 35% (278/790) 70-79 J: 16% (125/790) 80+ J: 3% (22/790) **NIB**: ≥ 50 J	**IB**: 49% (390/790) **NIB**: k.A.	Borderline (IQ: NR): 2% (19/790) leicht (IQ: NR): 19% (150/790) mittelgradig (IQ:NR): 49%	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinsuffizienz)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Personen, die Betreuungsdienste in Anspruch nehmen. Für die Folgestudie zur Morbidität willigten 693 Personen in die Teilnahme ein. Von 152 Personen, die gestorben sind, konnten die Krankenakten von 119 Personen zur Studie herangezogen werden. 22 von ihnen hatten auch an der Folgestudie zur Morbidität teilgenommen. An der Untersuchung zur Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Morbidität und Mortalität) nahmen daher 790 Personen teil. repräsentativ **NIB**: k.A.				(383/790) schwer (IQ:NR): 19% (147/790) profund (IQ:NR): 10% (75/790) unbekannt (IQ:NR): 2% (16/790)	
Dieckmann et al. (2015) (niedrig)	Deutschland (Westfalen-Lippe, Baden-Württem-berg)	retro-spektive Kohor-tenstudie (Sekundär-analyse)	**IB**: Westfalen-Lippe: 2007: 13.519 2008: 13.497 2009: 13.378 2010: 13.408 **IB**: Baden-Württem-berg:	**IB**: Klumpenstichprobe; nicht zufällig ausgewählt; alle Erwachsenen mit IB, die in Westfalen-Lippe in einem stationären Setting sind und Eingliederungshilfe erhalten; in Baden-Württemberg alle Personen, die Unterstützung der 12 großen Träger der	**IB**: 2007-2010 **NIB**: 2007-2009	**IB**: Westfalen-Lippe: 20-85 J Männer: MW 45 (13,6) Frauen: MW 46 (13,8) Baden-Württemberg: 20-85 J Männer: MW 43 (14,7) Frauen: MW 45 (15,7) **NIB**: k.A.	**IB**: Westfalen-Lippe: 44% (5.900/ 13.408) **IB**: Baden-Württemberg : 43% (4.984/ 11.590) **NIB**: k.A.	k.A.	Gesamtsterblichkeit

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
			2007: 10.647 2008: 10.973 2009: 11.274 2010: 11.590 **NIB**: k.A.	Behindertenhilfe erhalten; repräsentativ **NIB**: Vollerhebung der Gesamtbevölkerung Deutschlands, repräsentativ					
Dixon-Ibarra/Horner-Johnson (2014) (niedrig)	USA	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten (Sekundär-analyse)	**IB**: 325 **NIB**: 122.395	**IB** + **NIB**: nationale, repräsentative Zufallsstichprobe auf Haushaltsebene (National Health Interview Survey)	**IB** + **NIB**: 2006-2012	ab 18 J **IB**: 43,2 (SE 0,5) **NIB**: 41,4 (SE 0,1)	**IB**: k.A. **NIB**: 48,2% (58.994/122.395)	k.A.	Krebs
Emerson/ Robertson (2010) (unklar)	Australien	retro-spektive Kohor-tenstudie (Sekundär-analyse)	**IB**: 1545 **NIB**: 10,084	**IB** + **NIB**: Zufallsstichprobe aus Clustern von 311 Postleitzahlen	**IB** + **NIB**: 2004, 2006	**IB + NIB**: 0-7 J: MW k.A.	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	[nur Subgruppen-ergebnisse]
Emerson et al. (2010) (niedrig)	Australien	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 139 grenzwer-tige IB: 598 **NIB**: 4.195	**IB** + **NIB**: nationale repräsentative Klumpenstichprobe von Privathaushalten mit zufälliger Auswahl der Teilnehmer/-innen	**IB** + **NIB**: 2006	**IB + NIB**: 6-7 J	**IB** + **NIB**: k.A.	IB: 139 grenzwer-tige IB: 598	Verhaltens- und emotionale Störungen
Emerson et al. (2014a) (unklar)	Vereinigtes Königreich (England und Wales)	retro-spektive Kohor-tenstudie	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: Vollerhebung aus dem Sheffield Case Register	**IB** + **NIB**: 1980-2012	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	Lebenserwartung Gesamtsterblichkeit

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
		(Sekundär-analyse)		**NIB**: Vollerhebung der Daten des Amtes für nationale Statistik (ONS)					
Emerson et al. (2014b) (hoch)	Vereinigtes Königreich	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 316 (LOS) und 415 (US) **NIB**: 37.197 (LOS) und 50.561 (US)	**IB** + **NIB**: nationale repräsentative Zufallsstichprobe auf Haushaltsebene (beide Datenquellen: „Life-Opportunities Survey" (LOS) und „Understanding Society“ (US)	**IB** + **NIB**: 2009-2011	**IB** + **NIB**: 16-49 J	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	selbsteinge-schätzter allgemeiner Gesundheits-zustand
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	Vereinigtes Königreich	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten (Sekundär-analyse)	**IB**: 299 **NIB**: 22.927	**IB** + **NIB**: nationale repräsentative Zufallsstichprobe auf Haushaltsebene aus der Postleitzahl-Adressdatei in Großbritannien und der Liste der inländischen Immobilien in Nordirland der Land and Property Services Agency (Understanding Society Study)	**IB** + **NIB**: 2009-2014	**IB + NIB**: 16-49 J	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	selbsteingeschätz-ter allgemeiner Gesundheits-zustand körperliche Erkrankungen (insgesamt) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthritis) Atemwegserkran-kungen (Asthma, andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
									Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt) Krebs Krankheiten des Nervensystems Krankheiten der Schilddrüse Gewichtsstatus Bluthochdruck
Emerson et al. (2016b) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (England, Wales, Schottland, Nordirland)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 1507 **NIB**: 41.468	**IB** + **NIB**: repräsentative geographische Klumpenstichprobe mit überproportionaler Stratifizierung zum Erfassen repräsentativer Mengen an Kindern aus ethnischen Minderheiten und benachteiligten Gemein-schaften; zufällige Auswahl der Teilnehmer/-innen	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 5 J: 35,04% (528/1.507) 7 J: 30,26% (456/1.507) 11 J: 34,70% (523/1.507) **NIB**: 5 J: 34,69% (14.386/41.468) 7 J: 30,38% (12.597/41.468) 11 J: 34,93% (14.485/41.468)	**IB**: 38,5% (581/1.507) **NIB**: 49,0% (20.338/41.468)	k.A.	[nur Subgruppen-ergebnisse]
Finlayson et al. (2009) (niedrig)	Schottland (Glasgow)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 433 **NIB**: 8145	**IB**: Vollerhebung aller Patienten/Patientinnen mit IB aus 631 Hausarztpraxen **NIB**: repräsentative Stichprobe aus der Schottischen Gesundheitsumfrage 2003	**IB**: k.A. **NIB**: 2003	**IB**: 16-24 J: 7,4% (32/433) 25-34 J: 13,4% (58/433) 35-44 J: 22,2% (96/433) 45-54 J: 27,0% (117/433) 55-64 J: 20,1% (87/433) >65 J: 9,9% (43/433) **NIB**: >16 J: MW k.A.	**IB**: 46,4% (201/433) **NIB**: k.A.	leicht (k.A.): 36,5% (158/433) moderat (k.A): 22,9% (99/433) stark (k.A.): 21,0% (91/433)	körperliche Aktivität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
								hochgradig (k.A.): 19,6% (85/433)	
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	Schottland (Glasgow)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 470 **NIB**: 6014	**IB**: Vollerhebung aller Patienten/Patientinnen mit IB aus 631 Hausarztpraxen **NIB**: repräsentative Stichprobe aus der Schottischen Gesundheitsumfrage 2003	**IB**: 2002-2006 **NIB**: 2003	**IB**: 16-79 J: MW 43,7 (14,2) **NIB**: 18-64 J: MW k.A.	**IB**: 46,6% (238/511) **NIB**: k.A.	leicht (k.A.): 39,3% (201/511) moderat (k.A.): 22,9% (117/511) stark (k.A.): 19,0% (97/511) hochgradig (k.A.): 18,8% (96/511)	Verletzungen Vergiftung
Florio/Troll or (2015) (niedrig)	Australien (New South Wales)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 40.705 **NIB**: k.A.	**IB**: Vollerhebung aller Patienten/Patientinnen mit IB aus dem New South Wales ADHC ID Service Register **NIB**: Gesamtpopulation NSW	**IB** + **NIB**: 2005-2011	**IB + NIB**: alle Altersgruppen bzw. 5-69 J (für Vergleiche mit WHO Population)	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	Gesamtsterblichkeit
Flygare Wallen et al. (2018) (niedrig)	Schweden (Bezirk Stockholm)	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten	**IB**: 13.067 Down-Syndrom (DS): 1.282 IB non-Down	**IB** + **NIB**: Vollerhebung Personen mit IB (2 Gruppen: Down-Syndrom, IB ohne Down-Syndrom) bzw. ohne IB, die im Bezirk Stockholm leben	**IB** + **NIB**: 1998-2015	**IB**: 0-18 J: 41,9% (5.471/13.067) 19-49 J: 45,8% (5.979/13.067) 50-64 J: 8,7%	**IB**: 41,9% (5.475/ 13.067)	k.A.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
		(Sekundär-analyse)	Syndrome (ID): 11.785 **NIB**: 1.996.140	und die 1998-2015 Leistungen von Allgemeinärztinnen/-ärzten sowie von Fachärztinnen/-ärzten in intra- und extramuralen Einrichtungen in Anspruch nahmen und in der zentralen Verwaltungsdatenbank im Bezirk Stockholm (VAL) registriert sind. Von diesen wurden all jene Patientenakten mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Bluthochdruck und Übergewicht selektiert. repräsentativ		(1.133/13.067) 65-74 J: 2,6% (344/13.067) 75-84 J: 0,8 % (111/13.067) ≥ 85 J:0,2 % (29/13.067) **NIB**: 0-18 J: 21,4% (427.891/1.996.140) 19-49 J: 44,7% (893.117/1.996.140) 50-64 J: 17,8% (355.414/1.996.140) 65-74 J: 8,8% (174.747/1.996.140) 75-84 J: 4,7 % (93.200/1.996.140) ≥ 85 J:2,6 % (51.771/1.996.140)	**NIB**: 51% (1.013.371/ 1.996.140)		Gewichtsstatus Bluthochdruck
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	Spanien	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 1.040 **NIB**: 12.172	**IB**: selbstselektierte Klumpenstichprobe mit mehrstufigem Stichprobenverfahren: alle Organisationen, die Unterstützung für Menschen mit IB anbieten und Teil der 4 großen Serviceanbieter sind, wurden angesprochen; 227 Organisationen haben Interesse gezeigt; 83 Organisationen für Menschen mit IB, die Leistungen für	**IB**: k.A. **NIB**: 2011-2012	**IB**: MW 55,29 J (7,34) 44-64 J: 87,2% (907/1.040) 65+ J: 12,8% (133/1.040) **NIB**: MW 55,29 J (7,34) 44-64 J: 54,8% (6.669/12.172) 65+ J: 45,2% (5.503/12.172)	**IB**: 50,5% (525/1.040) **NIB**: 56,7% (6.907/ 12.172)	mild (IQ: NR): 25,5% (265/1.040) mittelgradig (IQ: NR): 42,4% (441/1.040) schwer/pro-fund (IQ: NR): 32,1% (334/1.040)	Allergien Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Osteoporose, Rückenschmerzen) Migräne/Kopf-schmerzen Atemwegserkran-kungen (Asthma, andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				alternde Menschen in 34 verschiedenen spanischen Provinzen anbieten, nahmen an der Studie teil. (Anmerkung: eher nicht als repräsentativ einzustufen) **NIB**: Vollerhebung Mikrodaten, Nationales Statistik-Institut Spanien, repräsentativ					Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes, Hypercholesteri-nämie) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall) Krebs Krankheiten des Auges (Makula-degeneration) Krankheiten der Schilddrüse Krankheiten des Verdauungssystems Inkontinenz Gewichtsstatus Bluthochdruck
Glover et al. (2017) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (England)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: k.A. 59.279,7 Personen-jahre 664 Todesfälle **NIB**: k.A.	**IB**: Vollerhebung von Menschen mit IB, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in Behandlung eines Allgemeinmediziners / einer Allgemeinmedizinerin waren, CPRD-Datenbank, England, repräsentativ	**IB**: 2010-2014 **NIB**: k.A. 11.103.954,4 Personen-jahre 97.371 Todesfälle	**IB** + **NIB**: 0-99 J	**IB**: k.A. **NIB**: 60,6%	k.A.	Lebenserwartung Gesamtsterblichkeit potenziell vermeidbare Sterblichkeit ursachenspezifische Mortalität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				NIB: Vollerhebung Register, Todesfälle in England (GB)					
Haider et al. (2013) (hoch)	Australien (Victoria)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 897 **NIB**: 34.168	**IB**: Zufallsstichprobe aus der Datenbank, in der alle Personen gelistet sind, für die Services für Menschen mit IB in Victoria beantragt haben **NIB**: Zufallsstichprobe aus Personen, die in Privathaushalten in Victoria leben	**IB**: 2009 **NIB**: 2008	**IB**: 18-39 J: 54,3% (487/897) 40-59 J: 38,2% (343/897) ≥ 60 J: 7,5% (67/897) **NIB**: 18-39 J: 40,3% (13.770/34.168) 40-59 J: 35,3% (12.061/34.168) ≥ 60 J: 24,4% (8.337/34.168)	**IB**: 44,5% (399/897) **NIB**: 51,1% (17460/34.168)	leicht (k.A.): 26,0% (233/897) moderat (k.A.): 46,8% (420/897) stark (k.A.): 21,8% (196/897) hochgradig (k.A.): 5,1% (46/897)	selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthritis, Osteoporose) Atemwegserkrankungen (Asthma) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt, Schlaganfall) Krebs affektive Störungen Gewichtsstatus körperliche Aktivität Ernährung Alkoholkonsum Rauchen

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Hassiotis et al. (2017) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (England, Wales, Schottland)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 1.701 **NIB**: 14.282	**IB**: Zufallsstichprobe erwachsener Personen, die in privaten Haushalten im Vereinigten Königreich (England, Wales, Schottland) leben und einen IQ zwischen 70 und 85 haben; repräsentativ **NIB**: Zufallsstichprobe erwachsener Personen, die in privaten Haushalten im Vereinigten Königreich (England, Wales, Schottland) leben; repräsentativ	**IB** + **NIB**: 2000-2007	**IB** + **NIB**: 16-74 J	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen Schizophrenie und wahnhafte Störungen
Havercamp /Scott (2015) (niedrig)	USA	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 20.395 **NIB**: 312.144	**IB**: Zufallsstichprobe aus allen Erwachsenen, die staatliche Dienstleistungen für Entwicklungsbeeinträchti-gungen in Anspruch nehmen **NIB**: nationale repräsentative Zufallsstichprobe	**IB**: 2009-2011 **NIB**: 2010	**IB**: 18-34: 32,3% (6.588) 35-54: 45,2% (9.219) 55+: 22,5% (4.589) **NIB**: 18-34: 28,7% (89.585) 35-54: 41,9% (130.788) 55+ : 29,4% (91.770)	**IB**: 43,4% (8.851) **NIB**: 61,5% (191.969)	leicht (IQ: NR): 35,7% (6.311) mittelgradig (IQ: NR): 26,6% (4.703) schwer (IQ: NR): 15,6% (2.758) schwerst (IQ: NR): 22,1% (3.907)	selbsteingeschätz-ter allgemeiner Gesundheits-zustand Gewichtsstatus körperliche Aktivität Rauchen

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Hempel et al. (2015) (unklar)	Deutschland (Erfurt)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 142 **NIB**: 400	**IB**: Klumpenstichprobe, nicht zufällig, 5 Sonderschulen in Erfurt, k.A. zur Repräsentativität **NIB**: mehrstufige Stichprobe; es wurden 6 Schulen per Losverfahren (unter Berücksichtigung des sozialen Nord-Süd-Gefälles der Stadt) ausgewählt; danach zufällige Einzelstichproben	**IB**: 2011 **NIB**: Schuljahr 2010/11	**IB**: 6-12 J: 53,5% (76/142) 13-18 J: 46,4% (66/142) **NIB**: 6-12 J: 50% (200/400) 13-18 J: 50% (200/400)	**IB**: 33,1% (47/142) **NIB**: 48,8% (195/400)	k.A.	[nur Subgruppen-ergebnisse]
Hermans et al. (2014) (unklar)	Niederlande	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 154 **NIB**: 2.917	**IB**: Klumpenstichprobe, drei große Serviceanbieter für Menschen mit IB; von diesen wurden jene Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger IB für die Studie herangezogen, die zum Selbstreport in der Lage waren. repräsentativ für Personen, die Betreuungsdienste in Anspruch nehmen **NIB**: repräsentative Stichprobe älterer Personen (55-85 Jahre) aus 3 niederländischen Regionen	**IB**: k.A. **NIB**: 1992-1993 (Depression)	**IB**: 55-85 J: MW 64,1 J (7,0) 55-64: 58% (89/154) 65-74: 32% (50/154) 75-85: 10% (15/154) **NIB**: 55-85 J: MW 70,4 J (8,7) 55-64: 32% (938/2.917) 65-74: 32% (929/2.917)) 75-85: 36% (1.050/2.917)	**IB**: 55% (85/154) **NIB**: 52% (1.508/2.917)	leicht (IQ: 50-69): 72% (111/154) mittelgradig (IQ: 35-49): 28% (43/154)	körperliche Erkrankungen (insgesamt) Atemwegserkran-kungen (andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt, Schlaganfall) Krebs Neurotische, Belastungs- und

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
									somatoforme Störungen
Heslop et al. (2014) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (England)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 247 **NIB**: 480.467	**IB**: Identifikation aller gestorbenen Patienten und Patientinnen mit IB, die bei einem der Hausärzte / einer der Hausärztinnen in einem der fünf Primary-Care-Trust-Gebiete im Südwesten Englands registriert sind/waren **NIB**: Vollerhebung aller Todesfälle	**IB**: 2010-2012 **NIB**: 2011	**IB**: 5-24 J: 10,9% (27/247) 25-34 J: 2,8% (7/247) 35-44 J: 5,3% (13/247) 45-54 J: 11,3% (28/247) 55-64 J: 20,2% (50/247) 65-74 J: 23,5% (58/247) ≥ 75 J: 25,9% (64/247) **NIB**: 5-24 J: 0,6% (2.883/480.467) 25-34 J: 0,8% (3.844/480.467) 35-44 J: 1,9% (9.129/480.467)) 45-54 J: 4,2% (20.180/480.467) 55-64 J: 8,9% (42.762/480.467) 65-74 J: 16,4% (78.797/480.467) ≥75 J: 67,3% (323.354/480.467)	**IB**: 42,1% (104/247) **NIB**: 51,6% (247.921/480.467)	leicht (k.A.): 39,7% (98/247) moderat (k.A.): 31,2% (77/247) stark (k.A.): 21,5% (53/247) hochgradig und multipel (k.A.): 7,7% (19/247)	Gesamtsterblichkeit ursachenspezifische Mortalität
Hosking et al. (2016) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (England)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 16.666 **NIB**: 113.562	**IB**: Klumpenstichprobe, Zufälligkeit k.A., 343 englische Praxen, die Daten in eine große, validierte Primärversorgungsdatenbank einspeisen („Clinical Practice	**IB** + **NIB**: 2009-2013	**IB**: 18-84 J 18-34: 42% (6.981/16.666) 35-54: 38% (6.283/16.666) ≥ 55: 20% (3.402/16.666)	**IB**: 6.989/16.666 (41%) **NIB**: 42% (47.587/ 113.562)	k.A.	Gesamtsterblichkeit potenziell vermeidbare Sterblichkeit ursachenspezifische Mortalität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Research"-Datenbank), repräsentativ **NIB**: angepasste Kontrollen aus englischen klinischen Praxen, „Clinical Practice Research"-Datenbank, repräsentativ		**NIB**: 18-34: 41% (46.939/113.562) 35-54: 38% (43.123/113.562) ≥ 55: 21% (23.500/113.562)			
Hughes-McCormack et al. (2017) (niedrig)	Schottland	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 26.349 **NIB**: 5.269.054	**IB** + **NIB** Vollerhebung der schottischen Population (Zensus)	**IB** + **NIB**: 2011	**IB**: 0-15 J: 19,9% (5.234/26.349) 16-64 J: 70,8% (18.660/26.349) ≥65 J 9,3% (2.445) **NIB**: 0-15 J: 17,3% (911.097/5.269.054) 16-64 J: 65,9% (3.470.078/5.269.054) ≥65 J: 16,9% (887.879/5.269.054)	**IB**: 42,5% (11.200/ 26.349) **NIB**: 51,8% (2.727.959/ 5.269.054)	k.A.	psychische Erkrankungen (insgesamt)
Hughes-McCormack et al. (2018) (unklar)	Schottland	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 26.349 **NIB**: 5.269.054	**IB** + **NIB**: Vollerhebung der schottischen Population (Zensus)	**IB** + **NIB**: 2011	**IB**: 0-15 J: 19,9% (5.234/26.349) 16-24 J: 15,8% (4.162/26.349) 25-34 J: 13,2% (3.475/26.349) 35-44 J: 14,6% (3.859/26.349) 45-54 J: 16,3% (4.301/26.349) 55-64 J: 10,9% (2.863/26.349)	**IB**: 42,5% (11.200/ 26.349) **NIB**: 51,5% (2.716.759/ 5.269.054)	k.A.	[nur Subgruppen-ergebnisse]

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
						65-74 J: 5,9% (1.567/26.349) 75+ J: 3,4% (888/26.349) **NIB**: 0-15 J: 17,3% (911.097/5.269.054) 16-24 J: 11,9% (628.326/5.269.054) 25-34 J: 12,6% (663.854/5.269.054) 35-44 J: 13,9% (730.895/5.269.054) 45-54 J: 14,9% (782.455/5.269.054) 55-64 J: 12,6% (664.550/5.269.054) 65-74 J: 9,1% (480.225/5.269.054) 75+ J: 7,7% (407.654/5.269.054)			
Jansen et al. (2013) (unklar)	Niederlande	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 510 **NIB**: 823	**IB**: Klumpenstichprobe. Von 2 niederländischen Serviceanbietern für Menschen mit IB wurden alle stationär betreuten Personen, die am 1. Januar 2007 50 Jahre oder älter waren, herangezogen. **NIB**: Klumpenstichprobe. Die Kontrollgruppe bestand aus allen Patienten und Patientinnen, die am 1. Januar	**IB** + **NIB**: 2007	50 J und älter **IB**: 50-92 J: MW 65,5 (9,6) **NIB**: 50-100 J: MW 64,5 (10,9)	**IB**: 44,3% (226/510) **NIB**: 52,5% (432/823)	leicht (IQ: NR): 6,9% (35) mittelgradig (IQ: NR): 37,8% (193) schwer (IQ: NR): 29,0% (148) profunde (IQ: NR): 26,3% (134)	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				2007 50 Jahre und älter waren und in einer großen Hausarztpraxis in derselben Region registriert waren.					
Kiani et al. (2010) (hoch)	Vereinigtes Königreich (Stadt Leicester, Leicester-shire, Rutland)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 2995 **NIB**: k.A.	**IB**: Registerdaten (Leicestershire Learning Disability Register); das Register umfasst die einzelnen Behörden der Stadt Leicester, Leicestershire und Rutland, Vereinigtes Königreich (gemeinsame Population ca. 700.000) **NIB**: k.A.	**IB**: 1993-2006 **NIB**: k.A.	**IB**: ≥20 J (k.A.) **NIB**: k.A.	**IB**: 41,9% (1255/2995) **NIB**: k.A.	k.A.	ursachenspezifische Mortalität
Kinnear et al. (2019a) (niedrig)	Schottland (Greater Glasgow und Clyde)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 560 **NIB**: 2.547	**IB**: erwachsene Personen mit IB, die zwischen 2002 und 2004 eine Gesundenuntersuchung absolvierten, identifiziert durch Sozialarbeits-dienstleister/-innen, lokale Behörden, die finanzielle Unterstützung für Menschen mit IB anbieten, spezialisierte Gesundheitsdienstleister/-innen für Menschen mit IB, Gesundheitsamt, statistische Daten der Regierung und Fallakten von Allgemein-medizinern/-medizinerinnen.	**IB**: 2004-2006 **NIB**: 2008	**IB**: 18-81 J: MW 46,3 J 18-24 J: 7,9% (44/560) 25-34 J: 14,6% (82/560) 35-44 J: 23,6% (132/560) 45-54 J: 23,9% (134/560) 55-64 J: 18,9% (106/ 560) 65-74 J: 9,1% (51/560) 75 + J: 2% (11/560) **NIB**: 18-24 J: 213/2.547 (8,36%) 25-34 J: 371/2.547 (14,56%) 35-44 J: 476/2.547 (18,68%) 45-54 J: 472/2.547	**IB**: 46,8% (262/560) **NIB**: k.A.	leicht (IQ: NR): 40,2% (225/560) mittelgradig (IQ: NR): 28,9% (162/560) schwer (IQ: NR): 17,5% (98/560) profund (IQ: NR): 13,4% (75/560)	Mundgesundheit (Zahnlosigkeit)

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Von diesen wurden 581 TN 2 Jahre später (2004-2006) zur Studie eingeladen. 560 der 581 Erwachsenen mit IB (96,4%) nahmen an der Studie zur Mundgesundheit teil. repräsentativ **NIB**: Zufallsstichprobe von erwachsenen Personen, die in privaten Haushalten in NHS Greater Glasgow und Clyde (Schottland) leben repräsentativ		(18,53%) 55-64 J: 381/2.547 (14,96%) 65-74 J: 346/2.547 (13,58%) 75+ J: 288/2.547 (11,3%)			
Kinnear et al. (2019b) (niedrig)	Schottland	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 26.349 **NIB**: 5.237.342	**IB** + **NIB**: Vollerhebung (Census) Personen, die in privaten Haushalten und in Einrichtungen wohnen (Pflegeheime, Gefängnisse und Studentenwohnheime), Schottland, repräsentativ	**IB** + **NIB**: 2011	**IB**: 0- 24 J: 35,66% (9.396/26.349) 25+ J: 64,34% (16.953/26.349) **NIB**: 0-24 J: 28,9% (1.514.360/5.237.342) 25-65+ J: 71,08% (3.722.982/5.237.342)	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	selbsteingeschätz-ter allgemeiner Gesundheits-zustand psychische Erkrankungen (insgesamt)
Landes (2014) (unklar)	USA	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 1.203 **NIB**: 2.456	**IB** + **NIB**: Daten aus dem National Health Interview Survey (NHIS), einer jährlichen Erhebung, die gesundheitliche und sozioökonomische Informationen über eine repräsentative Stichprobe von US-Haushalten sammelt. Die	**IB + NIB**: 1986-2011	**IB**: 21-84 J: MW 43,16 (13,33) **NIB**: 21-84 J	**IB**: 48% **NIB**: k.A.	k.A.	selbsteingeschätz-ter allgemeiner Gesundheits-zustand Mobilität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				NHIS-Daten 1986-2009 wurden mit Mortality Files des National Center on Health Statistics (NCHS) (bis 2011) unter Verwendung eines probabilistischen Algorithmus verlinkt, der die Schlüsselinformationen zur Identifizierung einer Person mit den Daten des National Death Index abglich. Für die Datenanalyse wurde aus der Stichprobe ein Sample für IB und NIB gezogen.					
Landes (2017a) (unklar)	USA	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 4.241 **NIB**: 21.205	**IB** + **NIB**: Daten aus dem National Health Interview Survey (NHIS), einer jährlichen Erhebung, die gesundheitliche und sozioökonomische Informationen über eine repräsentative Stichprobe von US-Haushalten sammelt. Die NHIS-Daten 1986-2009 wurden mit Mortality Files des National Center on Health Statistics (NCHS) (bis 2011) unter Verwendung eines probabilistischen Algorithmus verlinkt, der die Schlüsselinformationen zur	**IB + NIB**: 1986-2011	**IB + NIB**: 21-84 J	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	Aktivitäten des täglichen Lebens Gesamtsterblichkeit

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Identifizierung einer Person mit den Daten des National Death Index abglich.					
Landes (2017b) (unklar)	USA	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 4.812 **NIB**: 1.178.387	**IB** + **NIB**: Daten aus dem National Health Interview Survey (NHIS), einer jährlichen Erhebung, die gesundheitliche und sozioökonomische Informationen über eine repräsentative Stichprobe von US-Haushalten sammelt. Die NHIS-Daten 1986-2009 wurden mit Mortality Files des National Center on Health Statistics (NCHS) (bis 2011) unter Verwendung eines probabilistischen Algorithmus verlinkt, der die Schlüsselinformationen zur Identifizierung einer Person mit den Daten des National Death Index abglich.	**IB + NIB**: 1986-2011	**IB**: 18-84 J: MW 36,64 J 20-29: MW 25,26 30-39: MW 34,63 40-49: MW 44.29 50-59: MW 53,94 60-69: MW 63,86 70-79: MW 73,83 80-89: MW 83,34 **NIB**: 18-84 J: MW 46,26 20-29: MW 25,38 30-39: MW 34,74 40-49: MW 44,54 50-59: MW 54,28 60-69: MW 64,22 70-79: MW 74,23 80-89: MW 83,42	**IB**: 44% (2.135/ 4.812) **NIB**: 54% (640.870/ 1.178.387)	k.A.	Gesamtsterblichkeit
Lunsky et al. (2017) (niedrig)	Kanada (Ontario)	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten (Sekundär-analyse)	**IB**: 64.008 **NIB**: 2.804.662	**IB**: Vollerhebung, Ontario, repräsentativ **NIB**: Zufallsstichprobe, 20% der Bevölkerung Ontarios, repräsentativ	**IB + NIB**: 2013	**IB + NIB**: 18-64 J	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	Infektions-erkrankungen

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Mac Giolla Phadraig et al. (2015) (niedrig)	Irland	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 477 **NIB**: 477	**IB**: repräsentative Zufallsstichprobe aus der nationalen Datenbank für Menschen mit IB (enthält alle Personen mit IB, die berechtigt sind, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder zu erhalten; in unterschiedlichen Wohnsituationen: unabhängig, mit Familie im Privathaushalt, in Einrichtungen für IB) **NIB**: nationale Zufallsstichprobe von Personen ab 50 Jahren auf Haushaltsebene, stratifiziert nach sozioökonomischer Gruppe und geographischer Lage, repräsentativ	**IB** + **NIB**: 2010	**IB**: 50-59 J: 55,6% (266/478) 60-69 J: 31,6% (150/478) 70+ J: 12,8% (61/478) **NIB**: 50-59 J: 54,2% (259/478) 60-69 J: 31,6% (151/478) 70+ J: 14,2% (68/478)	**IB**: 57,5% (275/478) **NIB**: 60,3% (288/478)	leicht (IQ: NR): 22,8% (99) mittelgradig (IQ: NR): 48,7% (212) schwer/ profunde (IQ: NR): 28,5% (124)	Mundgesundheit (Zahnlosigkeit)
Magana et al. (2016) (hoch)	USA	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten (Sekundär-analyse)	**IB**: 1.131 Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 615/1.131 Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-	**IB** + **NIB**: nationale, zufällige Stichprobe, nicht institutionalisierte zivile Haushalte in den USA (IB im Selbstbericht), repräsentativ	**IB** + **NIB** 2000-2011	**IB** + **NIB**: 18-65 J **IB**: Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: MW 35,3 J (0,93) Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: MW 36,9 J (1,18)	**IB**: 59,5% (673/1.131) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 55,5% (341/615) Bevölkerung mit dunkler	k.A.	selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheits-zustand selbsteingeschätzter psychischer/ emotionaler/ mentaler Gesundheits-zustand Endokrine,

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
			Bevölkerung: 293/1.131 Latino-Bevölkerung: 223/1.131 **NIB**: 174.429 Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 93.468/174. 429 Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 32.007/ 174.429 Latino-Bevölkerung: 48.954/ 174.429			Latino-Bevölkerung: MW 32,0 J (1,04) **NIB**: Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: MW 42,1 J (0,1) Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: MW 39,6 J (0,14) Latino-Bevölkerung: MW 37,1 J (0,12)	Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 60,4% (177/293) Latino-Bevölkerung: 69,3% (155/223) **NIB**: 49,7% (86.684/ 174.429) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 49,7% (46.454/ 93.468) Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 45,7% (14.627/ 32.007) Latino-Bevölkerung: 52,3%		Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Gewichtsstatus

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
							(26.603/ 48.954)		
McCarron et al. (2011) (unklar)	Irland	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 753 **NIB**: k.A.	**IB**: repräsentative Zufallsstichprobe aus der nationalen Datenbank für Menschen mit IB (enthält alle Personen mit IB, die berechtigt sind, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder zu erhalten; in unterschiedlichen Wohnsituationen: unabhängig, mit Familie im Privathaushalt, in Einrichtungen für IB) **NIB**: nationale Zufallsstichprobe von Personen ab 50 Jahren auf Haushaltsebene, stratifiziert nach sozioökonomischer Gruppe und geographischer Lage, repräsentativ	**IB** + **NIB**: 2011	**IB**: 41-49 J: 36,4% (274/753) 50-64 J: 45,7% (344/753) 65+ J: 17,8% (134/753) unbekannt: 0,001% (1/753) **NIB**: k.A.	**IB**: 55,2% (415/753) **NIB**: k.A.	milde IB: 23,9% (180/753) moderate IB: 46,5% (350/753) schwere IB: 24% (180/753) schwerste IB: 5% (37/753) unbekannt: 5% (37/753)	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthritis, Osteoporose) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinsuffizienz) Krebs Krankheiten des Auges (Glaukom, Katarakt, Makula-degeneration) affektive Störungen Stürze Verletzungen Gewichtsstatus Bluthochdruck Rauchen
McCarron et al. (2015) (niedrig)	Irland	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 31.943 **NIB**: 4.841.082	**IB**: Vollerhebung der National Intellectual Disability Database (NIDD), alle Menschen mit IB, die aufgrund dessen	**IB** + **NIB**: 2003-2012	**IB**: 0-80+ J 0-19: 36,66% (11.709/31.943) 20-29: 13,87% (4.431/31.943) 30-39: 13,44%	**IB**: 41,81% (13.354/ 31.943) **NIB**: 50,41% (2.440.369/ 4.841.082)	nicht verifiziert: 8,11% (2.591/ 31.943) normal:	Gesamtsterblichkeit

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Dienstleistungen erhalten, repräsentativ **NIB**: nationale Vollerhebung des „Irish Central Statistics Office“, repräsentativ		(4.292/31.943) 40-49: 13,78% (4.402/31.943) 50-59: 10,91% (3.484/31.943) 60-69: 6,97% (2.226/31.943) 70-79: 3,07% (981/31.943) 80+: 1,31% (418/31.943) **NIB**: 0-80+ J 0-19: 26,34% (1.275.078/4.841.082) 20-29: 12,87% (622.829/4.841.082) 30-39: 15,73% (761.598/4.841.082) 40-49: 13,49% (653.013/4.841.082) 50-59: 11,26% (545.059/4.841.082) 60-69: 9,00% (435.866/4.841.082) 70-79: 6,17% (298.915/4.841.082) 80+: 5,14% (248.724/4.841.082)		2,69% (859/31.943) grenz-wertige IB: 2,62% (836/31.943) milde IB: 30.06% (9,601/31.943) moderate IB: 37,55% (11.993/31.943) schwere IB: 14,97% (4.782/31.943) profunde IB: 4,01% (1.281/31.943)	
McCarron et al. (2017b) (niedrig)	Irland	Quer-schnitt-studie	**IB**: 478 **NIB**: 478	**IB**: repräsentative Zufallsstichprobe aus der nationalen Datenbank für Menschen mit IB (enthält alle	**IB** + **NIB**: 2010	**IB**: 50-59 J: 55,6% (266/478) 60-69 J: 31,6% (151/478) ≥70 J: 12,8% (61/478)	**IB**: 42,5% (203/478) **NIB**: 39,7% (190/478)	k.A.	Gewichtsstatus körperliche Aktivität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
		(Sekundär-analyse)		Personen mit IB, die berechtigt sind, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder zu erhalten; in unterschiedlichen Wohnsituationen: unabhängig, mit Familie im Privathaushalt, in Einrichtungen für IB) **NIB**: nationale Zufallsstichprobe von Personen ab 50 Jahren auf Haushaltsebene, stratifiziert nach sozioökonomischer Gruppe und geographischer Lage, repräsentativ		**NIB**: 50-59 J: 54,2% (259/478) 60-69 J: 31,6% (151/478) ≥70 J: 14,2% (68/478)			Alkoholkonsum Rauchen
McCarron et al. (2017a) (unklar)	Irland	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 609 **NIB**: k.A.	**IB**: repräsentative Zufallsstichprobe aus der nationalen Datenbank für Menschen mit IB (enthält alle Personen mit IB, die berechtigt sind, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder zu erhalten; in unterschiedlichen Wohnsituationen: unabhängig, mit Familie im Privathaushalt, in Einrichtungen für IB) **NIB**: nationale Zufallsstichprobe von	**IB**: 2014-2017 **NIB**: k.A.	**IB**: 46+ 40-49 J: 11,8% (72/609) 50-64 J: 62,6% (381/609) 65+ J: 25,5% (155/609) **NIB**: k.A.	**IB**: 55,8% (340/609) **NIB**: k.A.	milde IB: 24,8 (151/609) moderate IB: 46,2 (281/609) profunde IB: 29,1 (177/609)	selbsteingeschätz-ter psychischer/ emotionaler/ mentaler Gesundheits-zustand Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Hypercholesteri-nämie) affektive Störungen (Depression) Stürze

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Personen ab 50 Jahren auf Haushaltsebene, stratifiziert nach sozioökonomischer Gruppe und geographischer Lage, repräsentativ					Mundgesundheit (Zahnlosigkeit) Gewichtsstatus Bluthochdruck
Melville et al. (2008) (niedrig)	Schottland (Gebiet um Glasgow)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 945 **NIB**: 1.267	**IB**: Vollerhebung aller Patienten und Patientinnen mit IB aus allen Hausarzt-praxen des Gebiets **NIB**: mehrstufige, geschichtete Wahrscheinlichkeitsstich-probe aus der schottischen Gesamtpopulation, in die Analyse wurden alle Personen des untersuchten Gebiets einbezogen	**IB**: k.A. **NIB**: 2003	**IB**: 16-24 J: 11,5% (109/945) 25-34 J: 15,0% (142/945) 35-44 J: 24,2% (229/945) 45-54 J: 23,5% (222/945) 55-64 J: 15,9% (150/945) 65-74 J: 6,8% (64/945) ≥75 J: 1,6%(15/945) **NIB**: Frauen: MW 49,4 J (18,4) Männer: MW 47,1 J (18,3)	**IB**: 44,4% (420/945) **NIB**: k.A.	leicht (k.A.): 40,8% (386/945) moderat (k.A.): 25,1% (237/945) stark (k.A.): 18,2% (172/945) hochgradig (k.A.): 15,9% (150/945)	[nur Subgruppen-ergebnisse]
Mithen et al. (2015) (niedrig)	Australien	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 470 **NIB**: 11.294	**IB** + **NIB**: nationale, repräsentative Zufallsstichprobe auf Haushaltsebene **NIB**: nationale, repräsentative Zufallsstichprobe auf Haushaltsebene	**IB** + **NIB**: 2010	**IB**: 18-24 J: 14,4% (68/470) 25-34 J: 13,5% (63/470) 35-44 J: 10,8% (51/470) 45-54 J: 15,3% (72/470) 55-64 J: 13,4% (63/470) 65-74 J: 17,6% (83/470) >75 J: 14,8% (70/470) **NIB**: 18-24 J: 14,3% (1.615/11.294) 25-34 J: 20,2%	**IB**: 40,3% (189/470) **NIB**: 50,3% (5.681/ 11.294)	k.A.	selbsteingeschätz-ter allgemeiner Gesundheits-zustand

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
						(2.281/11.294) 35-44 J: 19,7% (2.225/11.294) 45-54 J: 17,4% (1.965/11.294) 55-64 J: 14,0% (1.581/11.294) 65-74 J: 9,2% (1.039/11.294) >75 J: 5,3% (599/11.294)			
Morin et al. (2012) (unklar)	Kanada (Quebec)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 789 **NIB**: k.A.	**IB**: selbstselektierte Stichprobe aus allen Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB in Quebec, repräsentativ **NIB**: k.A.	**IB**: k.A. **NIB**: 2005	**IB**: 15-82 J: MW 35,68 (SD 13,92) 15-17: 8,3% (65/789) 18-21: 9,0% (71/789) 22-44: 53,2% (420/789) 45-64: 26,8% (211/789) 65+: 2,4% (19/789) **NIB**: k.A.	**IB**: 49,9% (394/789) **NIB**: k.A.	mild: 32,9% (260/789) moderat: 46,4% (366/789) schwer: 11,2% (88/789) profund: 5,2% (41/789)	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthritis/Rheuma/ Osteoarthrose, Rückenschmerzen) Migräne/Kopf-schmerzen Atemwegserkran-kungen (Asthma) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrank-heiten (Diabetes) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt) Krankheiten der Schilddrüse

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Ng et al. (2017) (niedrig)	Schweden	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 15.298 (4.738 Tote) **NIB**: 76.445 (8.364 Tote)	**IB**: Erhebung älterer Erwachsener (ab 55 Jahren) aus zwei Registern: dem nationalen Patientenregister für alle stationären Krankenhausaufnahmen und ambulante Versorgung für Personen mit IB sowie einem Register mit Personen, die staatliche Dienste für Menschen mit IB in Anspruch nahmen **NIB**: Jede Person mit IB im Datensatz wurde mit fünf Kontrollen mit demselben Geschlecht, Geburtsjahr und Jahr des ersten Krankenhausaufenthalts/ ambulanten Besuchs bzw. Zugangs zu Diensten verglichen, ermittelt aus dem schwedischen Bevölkerungsregister	**IB** + **NIB**: 2002-2015	**IB**: 42-44 J: 11,8% (1.808/15.289) 45-54 J: 42,4% (6.484/15.289) 55-64 J: 29,7% (4.542/15.289) 65-74 J: 11,8% (1.805/15.289) 75-79 J: 2,6% (402/15.289) 80+ J: 1,6% (248/15.289) **NIB**: 42-44 J: 11,8% (9.040/76.445) 45-54 J: 42,4% (32.420/76.445) 55-64 J: 29,7% (22.710/76.445) 65-74 J: 11,8% (9.025/76.445) 75-79 J: 2,6% (2.010/76.445) 80+ J: 1,6% (1.240/76.445)	**IB**: 45,5% (6.959/ 15.289) **NIB**: 45,5% (34.795/ 76.445)	k.A.	Lebenserwartung (Sterbealter) Gesamtsterblichkeit ursachenspezifische Mortalität
Oppewal et al. (2018) (unklar)	Niederlande	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 1.050 **NIB**: 144.964	**IB**: Klumpenstichprobe, drei große Serviceanbieter für Menschen mit IB; von diesen wurden jene Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger IB für die	**IB**: 2008-2015 **NIB**: 2014	**IB**: 50-59 J: MW 61,6 (8,0) 60-69 J: 47,0% (493/1.050) 70-79 J: 35,2% (370/1.050) 80+ J: 15,4% (162/1.050)	**IB**: 48,8% (512/1.050) **NIB**: k.A.	Borderline IB (IQ: 70-80): 2,9% (31/1.050) milde IB (IQ: 55-70):	ursachenspezifische Mortalität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Studie herangezogen, die zum Selbstreport in der Lage waren, repräsentativ für Personen, die Betreuungsdienste in Anspruch nehmen Diese HA-ID-Daten von 2008-2015 wurden mit den Mortality Files des Centraal Bureau voor de Statistiek, NL (2014) abgeglichen. **NIB**: Vollerhebung, Statistik Niederlande 2014		**NIB**: 50+		21,2% (223/1.050) moderate IB (IQ: 35-55): 48,2% (506/1.050) schwere IB (IQ: 25-35): 16,4% (172/1.050) profunde IB (IQ < 25): 8,7% (91/1.050)	
Robertson et al. (2014) (unklar)	Vereinigtes Königreich	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 520 **NIB**: 28.369	**IB** + **NIB**: nationale repräsentative Zufallsstichprobe auf Haushaltsebene aus der Postleitzahl-Adressdatei in Großbritannien und der Liste der inländischen Immobilien in Nordirland der Land and Property Services Agency (Understanding Society Study)	**IB** + **NIB**: 2011	**IB** + **NIB**: 16-49 J (MW k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	Gewichtsstatus körperliche Aktivität Ernährung Alkoholkonsum Rauchen

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
Robertson et al. (2018a) (unklar)	Vereinigtes Königreich	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: Wave 1: 535 Wave 2: 456 Wave 4: 375 Wave 6: 328 Wave 7: 281 **NIB**: Wave 1: 13.768 Wave 2: 11.854 Wave 4: 10.318 Wave 6: 8.689 Wave 7: 7632	**IB** + **NIB**: Klumpenstichprobe aus Kindern der Schulen Englands	**IB** + **NIB**: 2004-2010	**IB** + **NIB**: 13-20 J (MW k.A.)	**IB**: Durchschnitt der Erhebungs-wellen: 36,9% (n.a.) **NIB**: Durchschnitt der Erhebungs-wellen: 50,2% (n.a.)	k.A.	[nur Subgruppen-ergebnisse]
Robertson et al. (2018b) (unklar)	Vereinigtes Königreich	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB** + **NIB**: Klumpenstichprobe aus Kindern der Schulen Englands	**IB** + **NIB**: 2004-2010	**IB** + **NIB**: 14-20 J (MW k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	[nur Subgruppen-ergebnisse]
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	Schweden	Quer-schnitt-studie mit gepoolten Daten (Sekundär-analyse)	**IB** + **NIB**: 7.936	**IB**: Vollerhebung aller Patienten/Patientinnen mit IB aus dem Register des nationalen Gesundheits- und Sozialamts (Personen, die Unterstützung und soziale Dienste erhalten haben)	**IB** + **NIB**: 2002-2012	**IB**: 55-59 J: 32,2% (2.559/7.936) 60-64 J: 26,4% (2.097/7.936) 65-69 J: 20,6% (1.636/7.936)	**IB** + **NIB**: 45,5% (3.611/7.936)	k.A.	Krebs Verletzungen

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				NIB: Matching-Prozess nach Geburtsjahr und Geschlecht		≥ 70 J: 20,7% (1.644/7.936) **NIB**: 55-59 J: 32,2% (2.559/7.936) 60-64 J: 26,4% (2.097/7.936) 65-69 J: 20,6% (1.636/7.936) ≥ 70 J: 20,7% (1.644/7.936)			
Segal et al. (2016) (niedrig)	USA	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 672 **NIB**: 43.146	**IB** + **NIB**: nationale, repräsentative Zufallsstichprobe von privaten Haushalten mit Kindern und Jugendlichen (Alter 0-17 Jahre); elternberichteter IB-Status	**IB** + **NIB**: 2011-2012	0-17 J **IB**: MW 13,3 J (SEM 0,19) **NIB**: MW 13,6 J (SEM 0,03)	**IB**: 31,6% (212/672) **NIB**: 48,9% (21.098/ 43.146)	k.A.	Atemwegserkran-kungen (Asthma) affektive Störungen (Depression) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen Verhaltens- und emotionale Störungen Sprechen körperliche Aktivität
Slevin et al. (2014) (niedrig)	Vereinigtes Königreich (Nordirland)	Quer-schnitt-studie (Primär-daten)	**IB**: 218 **NIB**: 229	**IB**: Klumpenstichprobenverfah-ren: Von 13 zufällig selektierten Mainstream-Grundschulen und Post-Grundschulen (mehrstufige	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB** + **NIB**: <8-19 J	**IB** + **NIB**: k.A.	mittelgradig (IQ: NR): 52,6% (120) schwer (IQ: NR): 47,4% (108)	Gewichtsstatus Ernährung

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				zufällige Klumpenstichprobe) und von 5 Sonderschulen (Totalsample in der Trust Region) wurden insgesamt 228 Schüler/-innen mit ID in Nordirland zufällig für die Studie gezogen. 10 Schüler/-innen davon gaben nicht ihre Zustimmung zur Studie. repräsentativ **NIB**: Klumpenstichprobenverfah-ren: Von 13 zufällig selektierten Mainstream-Grundschulen und Post-Grundschulen (mehrstufige zufällige Klumpenstichprobe) wurden insgesamt 232 Schüler/-innen ohne ID in Nordirland zufällig für die Studie gezogen. 3 Schüler/-innen gaben nicht ihre Zustimmung zur Studie. repräsentativ				(Anm.: Für das Sample von 218 ist keine Einteilung des Schwere-grads der IB vorhanden.)	
Stancliffe/ Anderson (2017) (hoch)	USA (19 Staaten: AL, AR, AZ, CT, GA, HI, IL, KY, LA, MA, ME, MI, MO, NC, NJ,	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 8.636 **NIB**: k.A.	**IB**: Umfrage (NCI-ACS, 19 teilnehmende Staaten) Die Stichprobe wurde zufällig aus Erwachsenen, die Fallmanagement plus mindestens einen weiteren Dienst aus dem staatlichen	**IB**: 2011-2012 **NIB**: 2007	**IB**: 18-94 J: MW 44,33 J (SD 15,16) **NIB**: ≥18 J (MW k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	k.A.	körperliche Aktivität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
	NY, OH,PA, SC und eine unterstaat-liche Ein-heit, das Mid East Ohio Regional Council)			DD-System erhalten, ausgewählt. **NIB**: Zufallsstichprobe, national repräsentativ					
Stancliffe et al. (2011) (niedrig)	USA (Alabama, Arkansas, Connecticut, Delaware, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Louisiana, Massachu-setts, Missouri, North Carolina, New Jersey, New York, Ohio, Oklahoma, Pennsylva-nia, South Carolina,	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 8.911 **NIB**: k.A.	**IB**: Zufallsstichprobe von erwachsenen Personen mit IB, die Dienstleistungen für Menschen mit IB in 20 Staaten der USA in Anspruch nehmen und im NCI-Programm registriert sind. repräsentativ **NIB**: Klumpenstichprobenver-fahren: von zufällig ausgewählten Counties wurde eine Zufallsstichprobe von US-Haushalten gezogen, aus welchen wiederum alle Personen in dem Haushalt von einem Interviewer/einer Interviewerin befragt wurden. repräsentativ	**IB**: 2008-2009 **NIB**: 2007-2008	**IB**: 20-93 J: MW: 43,48 J 20-39: 41,6% (3.705/8.911) 40-59: 44,8% (3.999/8.911) 60+: 13,5% (1.207/8.911) **NIB**: 20 J und älter	**IB**: 44% (3.906/8.911) **NIB**: k.A.	leicht: 38,9% (3.284/ 8.449) mittel-mäßig: 29,8% (2.518/ 8.449) schwer: 15,9% (1.342/ 8.449) profunde: 15,4% (1.305/ 8.449) Anm.: Schwere-grad wurde nicht für das	Gewichtsstatus

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
	Texas, and Wyoming)							gesamte n (IB) angegeben, aber z. B. bei den Kategorien BMI ≥ 30 und oder BMI ≥ 25 (höchste Fallzahl)	
Stankiewicz et al. (2018) (niedrig)	Kanada (Ontario)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 40.691 **NIB**: k.A.	**IB**: Vollerhebung von Personen von 25-99 Jahren aus Registerdaten, die durch Verlinkung mehrerer Datensätze (Office of the Registrar General Database) zustande kam. Ontario (Kanada), repräsentativ **NIB**: repräsentative Vollerhebung, Statistics Canada	**IB** + **NIB**: 2013	**IB**: 25-99 J: MW 47,0 (15,7) **NIB**: k.A.	**IB**: 45,5% (18.514/ 40.691) **NIB**: k.A.		Gesamtsterblichkeit ursachenspezifische Mortalität
Stedman/Leland (2010) (unklar)	Neuseeland (Otago und Southland Region)	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 98 **NIB**: k.A.	**IB**: Aus einer von einem Betreuungsdienstleister für Menschen mit IB in den Regionen Otago und Southland zur Verfügung gestellten Datenbank wurden alle Daten jener Personen mit IB, die Leistungen bei diesem	**IB**: 2008 **NIB**: 2006-2007	**IB**: 25-68 J: MW: 43 J (SD k.A.) **NIB**: 25-74 J	**IB**:31% (32/98) **NIB**: k.A.	k.A.	Gewichtsstatus

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				Anbieter 2008 in Anspruch nahmen, für die Studie herangezogen. Von allen in der Datenbank zur Verfügung stehenden Daten mit IB wurden ausschließlich die kompletten Daten für vor-liegende Querschnittstudie herangezogen (69,5%). (Anm.: unklar, wie repräsentativ die Daten und Auswahl der einen Betreuungseinrichtung für Menschen mit IB ist) **NIB**: Zufallsstrichprobe aus erwachsenen Personen Neu-seelands, die in Privathaus-halten leben, repräsentativ					
Trollor et al. (2017) (niedrig)	Australien (New South Wales)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 19.362 (Anm.: Für 637 von 732 Todesfällen in der ID-Kohorte lagen Todesursa-chen vor (n: 637) **NIB**: k.A. hinsichtlich Daten zur Mortalität	**IB**: Vollerhebung all jener Erwachsenen-Daten aus einem Register in Neusüd-wales (das mit dem Datensatz des Australian Bureau of Statistics (ABS) und dem NSW Registry of Birth Deaths and Marriages Death Records (RBDM) verlinkt wurde, um auf Mortalitätsraten und Todesursachen zu kommen), die finanzierte Behinderten-leistungen in NSW von 2005-2011 in Anspruch nehmen.	**IB** + **NIB**: 2005-2011	**IB**: 20 J und älter Median 37 J (IQR: 27-48) **NIB**: 20 J und älter	**IB**: 44% (8.549/ 19.362) **NIB**: k.A.	k.A.	Lebenserwartung (Sterbealter) Gesamtsterblichkeit ursachenspezifische Mortalität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
			NIB: 304.690 hinsichtlich Daten zu den Todes-ursachen	Personen mit leichter IB sind unterrepräsentiert, dennoch repräsentativ gemäß Autoren **NIB**: Vollerhebung aus einem Register (Quelle: Australian Bureau of Statistics (ABS)) über publizierte Todesfälle aller Personen ab 20 Jahren in NSW zwischen 2005-2011, repräsentativ gemäß Autoren					
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	Vereinigtes Königreich (Leicester, Leicester-shire, Rutland)	retro-spektive Kohorten-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 503 **NIB**: 126.000 (9.639.900 person-years)	**IB**: Vollerhebung all jener erwachsenen Personen mit IB, die aus den Regionen Leicester, Leicestershire und Rutland stammen und im Leicestershire Learning Disability Register erfasst sind und die zwischen dem 1. Jänner 1993 und dem 31. Dezember 2006 verstorben sind. repräsentativ laut Autoren (Anm.: unklar ob/wie repräsentativ, da milde IB nicht Teil der Studie waren) **NIB**: Vollerhebung all jener erwachsenen Personen der generellen Bevölkerung, die aus den Regionen Leicester, Leicestershire und Rutland stammen und die zwischen dem 1. Jänner 1993 und dem	**IB** + **NIB**: 1993-2006	**IB** + **NIB**: 20 J und älter	**IB**: 45% (225/503) **NIB**: k.A.	k.A.	ursachenspezifische Mortalität

Referenz (Biasrisiko)	Land	Studien-typ	Stichproben-größe	Art der Stichprobenziehung	Erhebungs-jahr(e)	Alter Spannweite, Mittelwert (SD) oder Median und IQR Altersgruppen % (n)	Geschlecht: Frauen (%) (n-Frauen/N)	Schwere-grad der IB	Outcomes
				31. Dezember 2006 verstorben sind, repräsentativ					
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	Schottland	Quer-schnitt-studie (Sekundär-analyse)	**IB**: 5.556 **NIB**: 810.333	**IB** + **NIB**: nationale Vollerhebung der Altersspanne 13-24, repräsentativ (Daten aus dem schottischen Zensus)	**IB** + **NIB**: 2011	**IB**: 13-24 J 13-18 J: 49,98% (2.777/5.556) 19-24 J: 50,02% (2.779/5.556) **NIB**: 13-24 J 13-18 J: 46,28% (375.020/810.333) 19-24 J: 53,72% (435.313/810.333)	**IB**: 38,9% (2.160/5.556) **NIB**: 49,7% (402.371/810.333)	k.A.	selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand Erkrankungen (chronische Erkrankungen)

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; IQR=Interquartilabstand; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5 Ergebnisse nach Outcome-Kategorie

Da die Ergebnisse der Literaturrecherche sehr umfangreich sind, wurden sie zunächst nach Outcomes gegliedert und weiters in gröbere Outcome-Kategorien eingeteilt. Tabelle 5 zeigt eine Übersicht der Outcome-Kategorien mit einer Erläuterung, welche Outcomes diese umfassen.

Tabelle 5: Outcome-Kategorien und Erläuterungen

Outcome-Kategorie	Erläuterung
Lebenserwartung	
Selbsteingeschätzte Gesundheit	• selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand • selbsteingeschätzter psychischer/emotionaler/mentaler Gesundheitszustand
Erkrankungen insgesamt	Hierunter fallen Outcomes, die in den Publikationen nicht weiter spezifiziert wurden oder die sonst nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden konnten.

Körperliche Erkrankungen	• körperliche Erkrankungen insgesamt
	• Allergien
	• Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
	  ○ Arthritis und Arthrose
	  ○ Osteoporose
	  ○ Rückenschmerzen
	• Migräne/Kopfschmerzen
	• Atemwegserkrankungen
	  ○ (chronische) Lungenerkrankungen
	  ○ Asthma
	  ○ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
	  ○ andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege
	• Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	  ○ Diabetes
	  ○ Hypercholesterinämie
	• Herz-Kreislauf-Erkrankungen
	  ○ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt)
	  ○ Koronare Herzkrankheiten
	  ○ Schlaganfall
	  ○ Vorhofflimmern
	  ○ Herzinsuffizienz
	  ○ Periphere arterielle Verschlusskrankheit
	• Krebs
	• Krankheiten des Auges
	  ○ Glaukom (Grüner Star)

Outcome-Kategorie	Erläuterung
	○ Katarakt (Grauer Star) ○ Makuladegeneration • Krankheiten des Nervensystems • chronisch entzündliche Hautkrankheiten • Krankheiten der Schilddrüse • Krankheiten des Urogenitalsystems • Krankheiten des Verdauungssystems
Psychische Erkrankungen	• psychische Erkrankungen insgesamt • Affektive Störungen • Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen • Schizophrenie und wahnhafte Störungen • Verhaltens- und emotionale Störungen • Essstörungen • Demenz
Schmerzen	
Unfälle/Verletzungen	• Stürze • Verletzungen • Vergiftung
Mundgesundheit	Zahnlosigkeit
Infektionskrankheiten	
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag	• Aktivitäten des täglichen Lebens • Hören, Sehen, Sprechen • Mobilität • Inkontinenz
Lebensqualität	
Sterblichkeit	• Gesamtsterblichkeit • potenziell vermeidbare Sterblichkeit • ursachenspezifische Mortalität ○ angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien ○ Atemwegserkrankungen ○ Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ○ Herz-Kreislauf-Erkrankungen ○ Krebs ○ Krankheiten des Nervensystems ○ Krankheiten des Urogenitalsystems ○ Krankheiten des Verdauungssystems ○ infektiöse und parasitäre Erkrankungen ○ Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen ○ äußere Ursachen
Körperliche Determinanten der Gesundheit	• Gewichtsstatus • Metabolisches Syndrom • Bluthochdruck

Outcome-Kategorie	Erläuterung
Gesundheits-/Risikoverhalten	• körperliche Aktivität • Ernährung • Alkoholkonsum • Rauchen

Quelle und Darstellung: GÖG und DUK

In den folgenden Kapiteln werden alle Ergebnisse pro Outcome-Kategorie und Outcome-Unterkategorie dargestellt. Einige Publikationen kommen bei mehreren Outcome-Kategorien vor, andere nur bei einer.

5.1 Lebenserwartung

Fünf Publikationen, vier mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Ng et al. 2017; Trollor et al. 2017) und eine mit unklarem (Emerson et al. 2014a) Biasrisiko, berichten Ergebnisse zur Lebenserwartung, zum durchschnittlichen Sterbealter oder zur Überlebensrate bei Menchen mit IB im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die Publikationen zeigen, dass Menschen mit IB eine geringere Lebenserwartung, ein früheres Sterbealter, ein höheres Ausmaß an verlorenen Lebensjahren und eine geringere Überlebenswahrscheinlichkeit aufweisen. Die Ergebnisse zum Outcome Lebenserwartung sind in Tabelle 6 dargestellt.

Zwei Untersuchungen aus UK berichten zur Lebenserwartung (Emerson et al. 2014a; Glover et al. 2017). Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko, die alle Menschen mit IB inkludiert, welche zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren, berichtet eine um rund 20 Jahre geringere Lebenserwartung bei Menschen mit IB im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (IB: 65,5 Jahre, 95% KI 61,9-69,2 vs. NIB: 85,3 Jahre, 95% KI 85,2-85,4). Eine weitere UK-Studie (England und Wales) mit unklarem Biasrisiko bestätigt dieses Ergebnis (IB: rund 60 Jahre vs. NIB: rund 81 Jahre). Die Studie von Emerson et al. (2014a) weist zudem einen deutlichen Anstieg in der Lebenserwartung zwischen 1980 und 2012 aus, sowohl für Menschen mit IB als auch für die Allgemeinbevölkerung, kann aber keinen statistisch signifikanten Unterschied im Trend beobachten (p=0,08). Eine Annäherung der Lebenserwartung beider Gruppen gab es demnach nicht.

Eine australische Studie (Trollor et al. 2017) bei 19.362 Menschen mit IB im Alter ab 20 Jahren, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren, berichtet ein um 27 Jahre geringeres Median-Sterbealter bei Menschen mit IB versus ohne IB (IB: 54 Jahre, 95% KI 42-64 vs. NIB: 81 Jahre, 95% KI 70-92). Auch in puncto verlorener Lebensjahre zeigt sich ein deutlicher Unterschied bei Menschen mit und ohne IB zuungunsten der ersteren Gruppe (IB: 137 Lebensjahre pro 1.000 Personen vs. NIB: 49; p=k.A.).

Eine schwedische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Ng et al. 2017) bei 15.298 Menschen mit IB ab 42 Jahren vergleicht das durchschnittliche Sterbealter mit einer angepassten Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung und kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen der IB-Gruppe im Durchschnitt um 5,5 Jahre früher sterben als Personen der Vergleichsgruppe (IB: 70,7 Jahre vs. NIB: 76,2 Jahre).

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Menschen unter 26 Jahren mit IB aus einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien vergleicht die Überlebensrate von 1-, 5-, 10-, 20- und 25-Jährigen mit IB im Vergleich zur gleichaltrigen NIB-Gruppe und weist für alle Alterszeitpunkte eine geringere Überlebensrate für Menschen mit IB versus ohne IB aus (IB: 99,64%, 98,87%, 98,20%, 96,30% und 95,04% vs. NIB: 99,95%, 99,88%, 99,84%, 99,54% und 99,27%; Konfidenzintervalle überlappen sich nicht, d. h. es gibt einen signifikanten Unterschied).

Tabelle 6: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Lebenserwartung

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mittelwert (SD) oder Median	n/N Überlebenrate (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Lebens-erwartung							
Emerson et al. (2014a) (unklar)	19	Lebens-erwartung	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: k.a.	**IB**: gerundet 60 Jahre **NIB**: gerundet 81 Jahre	n.a.	kein statistisch signifikanter Unterschied im Trend der Lebenserwartung von IB und NIB (p=0,08) im Zeitverlauf von 1980 bis 2012
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Lebens-erwartung	**IB** + **NIB**: Datenbankerhebung	**IB** + **NIB**: Berechnung der Lebenserwartung mithilfe eines verkürzten Lebenstabellenansatzes und der Chiang-Methode für Konfidenzintervalle. Dies geschah mithilfe eines Tabellenkalkulationstools, das von den englischen Public Health Observatories entwickelt wurde. (mehr dazu: Eayres D. (2004): Life expectancy template. Available at: http://www.sepho.org.uk/viewResource.aspx?id=8943)	**IB**: 65,5 Jahre (95% KI 61,9-69,2) **NIB**: 85,3 Jahre (95% KI 85,2-85,4)	n.a.	k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mittelwert (SD) oder Median	n/N Überlebenrate (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Sterbealter							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Sterbealter	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB**: Verstorbene in den Jahren 2002-2015 **NIB**: n.a.	**IB**: 70,7 (9,5) **NIB**: 76,2 (10,3)	**IB**: 15.289 **NIB**: 76.445	p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Sterbealter	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Sterbealter (Median)	**IB**: Median: 54 Jahre (42-64) **NIB**: Median: 81 Jahre (70-92)	**IB**: 19.362 **NIB**: k.A.	p=k.A.
Überlebens-rate							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	Überlebens-rate	**IB** + **NIB**: statistische Berechnung aus Registerdaten	**IB** + **NIB**: Kaplan-Meier-Einschätzungsmethode (Kategorien: 1-, 5-, 10-, 20- und 25-Jahre Überlebensrate) und Log-Rank-Test	**IB**: 1-Jahres-Überlebensrate: 99,64% (99,50, 99,74), 5-Jahres-Überlebensrate: 98,87% (98,65, 99,06), 10-Jahres-Überlebensrate: 98,20% (97,92, 98,45), 20-Jahres-Überlebensrate: 96,30% (95,79, 96,75), 25-Jahres-Überlebensrate: 95,04% (94,22, 95,75) **NIB**: 1-Jahres-Überlebensrate: 99,95 (99,94, 99,95), 5-Jahres-Überlebensrate: 99,88 (99,87, 99,89), 10-Jahres-Überlebensrate: 99,84 (99,83, 99,85), 20-Jahres-Überlebensrate: 99,54 (99,51, 99,56), 25-Jahres-Überlebensrate: 99,27 (99,23, 99,31)	**IB**: 1-Jahres-Überlebensrate: 10.555/10.593 (99,64%), 5-Jahres-Überlebensrate: 10.473/10.593 (98,87%), 10-Jahres-Überlebensrate: 10.402/10.593 (98,20%), 20-Jahres-Überlebensrate: 10.201/10.593 (96,30%), 25-Jahres-Überlebensrate: 10.067/10.593 (95,04%) **NIB**: 1-Jahres-Überlebensrate: 709.843/710.198 (99,95%) 5-Jahres-Überlebensrate: 709.346/710.198 (99,88%), 10-Jahres-Überlebensrate: 709.346/710.198 (99,88%), 20-Jahres-Überlebensrate:	Konfidenzintervalle überlappen sich nicht, Log-Rank-Test

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mittelwert (SD) oder Median	n/N Überlebenrate (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
						706.931/710.198 (99,54%), 25-Jahres-Überlebensrate: 705.014/710.198 (99,27%)	
Verlorene Lebens-jahre							
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	verlorene Lebensjahre unter 75 Jahren	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Die verlorenen Lebensjahre sind ein Indikator für vorzeitige Sterblichkeit und geben die Gesamtzahl der Jahre an, die ein Mensch, der vor einem bestimmten Alter gestorben ist, nicht gelebt hat.	**IB**: 137 Jahre pro 1.000 Personen **NIB**: 49 Jahre pro 1.000 Personen	**IB** + **NIB**: n.a.	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.2 Selbsteingeschätzte Gesundheit

Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand ist ein gebräuchlicher Indikator zur Erfassung der subjektiven Gesundheit. Er gibt die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens wieder. Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand hat sich als guter Prädiktor für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, für Morbidität und Mortalität erwiesen, auch bestehen positive Zusammenhänge hinsichtlich des Auftretens chronischer Erkrankungen (Robert Koch-Institut 2015). Neben den körperlichen Aspekten von Gesundheit werden psychische und soziale Einflüsse miterfasst (Klimont/Baldaszti 2015). Ob die Selbsteinschätzung von Menschen mit IB jedoch mit jener von Menschen ohne IB vergleichbar ist, bleibt an dieser Stelle offen. Im Folgenden werden Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand und zur psychischen/ emotionalen/mentalen Gesundheit berichtet.

5.2.1 Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand

Dreizehn Publikationen, sieben mit niedrigem (Boland et al. 2009; Boulet et al. 2009; Emerson et al. 2016a; Havercamp/Scott 2015; Kinnear et al. 2019b; Mithen et al. 2015; Young-Southward et al. 2017), zwei mit unklarem (Burke et al. 2014; Landes 2014) und vier mit hohem Biasrisiko (Cocks et al. 2016; Emerson et al. 2014b; Haider et al. 2013; Magana et al. 2016), berichten Ergebnisse zum selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand. Zehn der 13 Publikationen beziehen sich auf Erwachsene, zwei auf Kinder und Jugendliche und eine auf die Bevölkerung insgesamt. Zehn der 13 Publikationen kommen zu dem Ergebnis, dass Personen mit IB ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einstufen als Personen ohne IB. Die Ergebnisse zum Outcome selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand sind in Tabelle 7 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko basierend auf den Daten von 5.556 13- bis 24-Jährigen mit IB, die im Rahmen einer nationalen Vollerhebung erfasst wurden (Young-Southward et al. 2017), zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit IB ihren allgemeinen Gesundheitszustand statistisch signifikant häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht einstufen als Kinder und Jugendliche ohne IB (43,5% vs. 3,9%; OR=19,95; 95% KI 18,89-21,01). Eine US-amerikanische Studie bei 700 Kindern und Jugendlichen mit IB mit niedrigem Biasrisiko (Boulet et al. 2009) bestätigt dieses Ergebnis. Dieser Studie zufolge, die auf einer Zufalls-

stichprobe amerikanischer Haushalte beruht, weisen 3- bis 17-Jährige mit IB statistisch signifikant häufiger einen schlechten bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand auf als die Vergleichsgruppe ohne IB (22,8% vs. 1,2%; p<0,01).

Kinder und Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko basierend auf den Daten von 20.640 Menschen mit IB allen Alters, die im Rahmen einer nationalen Vollerhebung (Census) erfasst wurden (Kinnear et al. 2019b), zeigt, dass Menschen mit IB ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht einstufen als Menschen ohne IB (49,8% vs. 17,6%, p=k.A.; 0-24 Jahre: OR[2] 14,05, 95% KI 13,39-14,73; ab 25 Jahre: OR 4,39, 95% KI 4,25-4,53).

Erwachsene

Sieben Publikationen (davon drei mit niedrigem (Emerson et al. 2016a; Havercamp/Scott 2015; Mithen et al. 2015), eine mit unklarem (Landes 2014) und drei mit hohem Biasrisiko (Emerson et al. 2014b; Haider et al. 2013; Magana et al. 2016)) bei insgesamt 25.454 Erwachsenen mit IB entweder im Alter ab 18 Jahren, zwischen 18 und 65 Jahren, zwischen 21 und 84 Jahren oder zwischen 16 und 49 Jahren berichten konsistent über eine schlechtere selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit bei Personen mit IB als bei Menschen ohne IB (schlechter allgemeiner Gesundheitszustand Spannweite IB: 5,1-13,0% vs. NIB: 1,1-3,0%; mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheitszustand Spannweite IB: 23,2-66,0% vs. NIB: 3,4-18,9%; ausgezeichneter bis guter Gesundheitszustand IB: 32% vs. NIB: 90,5%; Mittelwert IB: 3,07 vs. NIB: 2,27 [1=ausgezeichnet bis 5=schlecht]). Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko basierend auf einer Zufallsstichprobe von 20.395 Erwachsenen, die in den USA staatliche Dienstleistungen für IB in Anspruch nahmen, beziffert den Anteil der untersuchten Population mit einem schlechten selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand bei Menschen mit IB auf 5,1 Prozent im Vergleich zu 1,1 Prozent bei Menschen ohne IB (p<0,05) (Havercamp/Scott 2015).

Zwei irische Studien, je eine mit einem niedrigen (Boland et al. 2009) und einem unklaren (Burke et al. 2014) Biasrisiko, berichten hingegen keine nennenswerten Unterschiede im selbsteingeschätzten Gesundheitszustand bei ab 40-Jährigen mit IB (n=955) und ohne IB

[2] Das Chancenverhältnis, auch relative Chance, Quotenverhältnis oder Odds-Ratio (kurz OR) genannt, ist eine statistische Maßzahl, die etwas über die Stärke eines Zusammenhangs von zwei Merkmalen aussagt. Es ist damit ein Assoziationsmaß, bei dem zwei Chancen miteinander verglichen werden.

(ausgezeichnet/sehr gut bis gut Spannweite IB: 46,5-89,1% vs. NIB: 44-86,6%; p=k.A.). Bei der Studie von Boland et al. (2009) ist jedoch zu beachten, dass die Vergleichsgruppen eine unterschiedliche Alterszusammensetzung aufweisen (IB: 15-65 Jahre vs. NIB: ab 18 Jahren).

Eine australische Studie (Cocks et al. 2016) mit hohem Biasrisiko, in der 328 Erwachsene mit IB (ab 18 Jahren) befragt wurden, wies für Menschen mit IB einen höheren Anteil an Personen mit einem sehr guten bis guten selbsteingeschätzten Gesundheitszustand aus (76,8%) als für Menschen ohne IB (15 oder mehr Jahre, 56%; p=k.A.).

Tabelle 7: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Selbsteingeschätzte Gesundheit, Unterkategorie Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Boulet et al. (2009) (niedrig)	4	allgemeiner Gesundheits-zustand (schlecht oder sehr schlecht)	**IB** + **NIB**: Interview	**IB** + **NIB**: The Child Sample Core Questionnaire; der Gesundheitszustand wurde selbst eingeschätzt, indem zwischen den folgenden Kategorien gewählt wurde: ausgezeichnet – sehr gut – gut – mittelmäßig – schlecht	**IB**: 22,8% (k.A.) **NIB**: 1,2% (k.A.)	**IB**: 160/700 (22,8%) **NIB**: 995/82.875 (1,2%)	Chi-Quadrat Test IB vs. NIB p<0,01
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	allgemeiner Gesundheits-zustand (mittelmäßig bis sehr schlecht)	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: sehr gut - gut - mittelmäßig - schlecht - sehr schlecht	**IB**: 43,5% (k.A.) **NIB**: 3,9% (k.A.)	**IB**: 2.416/5.556 (43,5%) **NIB**: 31.989/810.333 (3,9%)	mittelmässig bis sehr schlecht: OR 19,95, 95% KI 18,89-21,01; p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Kinnear et al. (2019b) (niedrig)	65	allgemeiner Gesundheits-zustand (mittelmäßig bis sehr schlecht)	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB + NIB**: Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? - sehr gut - gut- mittelmäßig - schlecht - sehr schlecht	**IB**: 49,8% (k.A.) **NIB**: 17,6% (k.A.)	**IB**: 10.287/20.640 (49,8%) **NIB**: 922.757/5.243.051 (17,6%)	0-24 Jahre: OR 14,05, 95% KI 13,39-14,73; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
							25 und mehr Jahre: OR 4,39, 95% KI 4,25-4,53; p=k.A.
Erwachsene							
Boland et al. (2009) (niedrig)	3	allgemeiner Gesundheits-zustand (sehr gut oder gut)	**IB**: persönliches Interview, ggf. Proxy **NIB**: schriftlicher Fragebogen, ggf Proxy (Selbsteinschätzung)	**IB**: SLAN (Survey of Lifestyle, Attitudes, and Nutrition) Umfrage, modifiziert): Wie geht es Ihnen heute? wirklich gut – gut – mittelmäßig – nicht sehr gut **NIB**: SLAN (Survey of Lifestyle, Attitudes, and Nutrition) Umfrage (keine weitere Angabe)	**IB**: 89,1% (k.A.) **NIB**: 86,6% (k.A.)	**IB**: 220/247 (89,1%) **NIB**: 5.189/5.992 (86,6%)	p=k.A.
Burke et al. (2014) (unklar)	74	allgemeiner Gesundheits-zustand (aus-gezeichnet oder sehr gut)	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB** + **NIB**: die „global rating scale“ - ausgezeichnet, sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht	**IB**: 46,5% (42,7-50,3) **NIB**: 44,0% (k.A.)	**IB**: k.A. (46,5%) **NIB**: k.A. (44,0%)	p=k.A.
Cocks et al. (2016) (hoch)	6	allgemeiner Gesundheits-zustand (sehr gut oder gut)	**IB**: persönliches Interview mit Person oder Proxy **NIB**: Interview	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 76,8% (72,2-81,3) **NIB**: 56% (k.A.)	**IB**: 251/328 (76,8%) **NIB**: k.A. (56%)	p=k.A.
Emerson et al. (2014b) (hoch)	18	allgemeiner Gesundheits-zustand (mittelmäßig bis schlecht bzw. sehr schlecht)	**IB** + **NIB**: Interview	**IB** + **NIB**: Jeweils eine Skala von eins bis fünf zur Selbsteinschätzung der Gesundheit der letzten 12 Monate: LOS: sehr gut – gut – mittelmäßig – schlecht – sehr schlecht;	**IB**: LOS: mittelmässig bis sehr schlecht: 50,6% US: mittelmässig bis schlecht: 66,0% **NIB**: LOS: mittelmässig bis sehr	**IB**: LOS: mittelmässig bis sehr schlecht: 160/316 (50,6%) US: mittelmässig bis schlecht: 274/415 (66,0%) **NIB**: LOS: mittelmässig bis sehr	LOS: mittelmässig bis sehr schlecht: OR 8,86; p<0,001 US: mittelmässig bis

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				US: exzellent – sehr gut – gut – mittelmäßig – schlecht	schlecht: 10,4% US: mittelmässig bis schlecht: 12,9%	schlecht: 3.868/37.197 (10,4%) US: mittelmässig bis schlecht: 6.522/50.561 (12,9%)	schlecht: OR 13,14; p<0,001
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	allgemeiner Gesundheits-zustand (schlecht)	**IB** + **NIB**: computergestütztes persönliches Interview	**IB** + **NIB**: Frage: Würden Sie sagen, Ihre Gesundheit ist … (1) ausgezeichnet, (2) sehr gut, (3) gut, (4) mittelmäßig oder (5) schlecht?	**IB**: 13% **NIB**: 3%	**IB**: 39/299 (13%) **NIB**: 688/22.927 (3%)	OR 4,40, 95% KI 3,12-6,21; p<0,001 OR adjustiert 3,89, 95% KI 2,74-5,53; p<0,001, adjustiert nach Alter und Geschlecht; OR adjustiert 1,92, 95% KI 1,32-2,79; p<0,001, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Haider et al. (2013) (hoch)	26	allgemeiner Gesundheits-zustand (mittelmäßig oder schlecht)	**IB** + **NIB**: computergestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: mittelmässig: 18,7% (15,1-23,0) schlecht: 5,7% (4,1-7,9); mittelmässig bis schlecht: 24,4% (k.A.) **NIB**: mittelmässig: 14,8% (14,2-15,4) schlecht: 3,5% (3,2-3,8); mittelmässig bis schlecht: 18,9% (k.A.)	**IB**: mittelmässig: 168/897 (18,7%) schlecht: 51/897 (5,7%) **NIB**: mittelmässig: 5.057/34.168 (14,8%) schlecht: 1.196/34.168 (3,5%)	mittelmässig: stat. signifikanter Unterschied zw. IB und NIB schlecht: stat. signifikanter Unterschied zw. IB und NIB

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Havercamp /Scott (2015) (niedrig)	27	allgemeiner Gesundheits-zustand (schlecht)	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: Telefonbefragung	**IB**: Fragebogen des National Core Indicators Consumer Survey (keine weitere Angabe) **NIB**: Daten aus dem Behavioral Risk Factor Surveillance System	**IB**: 5,1% (4,8-5,4) **NIB**: 1,1% (1,0-1,2)	**IB**: 1.040/20.395 (5,1%) **NIB**: 3.434/312.144 (1,1%)	p<0,05
Landes (2014) (unklar)	39	allgemeiner Gesundheits-zustand	**IB** + **NIB**: Interview; National Health Interview Survey - Linked Mortality Files (NHIS-LMF)	**IB** + **NIB**: Antwortkategorien (Interview): (1) ausgezeichnete Gesundheit, (2) sehr gute Gesundheit, (3) gute Gesundheit, (4) mittelmäßige Gesundheit und (5) schlechte Gesundheit	**IB**: MW 3,07 (SD 1,10) **NIB**: MW 2,27 (SD 1,08)	**IB** + **NIB**: k.A.	p<0,001
Magana et al. (2016) (hoch)	42	allgemeiner Gesundheits-zustand (mittelmäßig oder schlecht)	**IB** + **NIB**: Telefonumfrage	**IB + NIB**: Skala: schlecht, mittelmäßig, gut, sehr gut, ausgezeichnet	**IB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 44,9% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 40,6% Latino-Bevölkerung: 23,2% **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 6,6% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 7,0% Latino-Bevölkerung: 3,4%	**IB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 100/223 (44,9%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 119/293 (40,6%) Latino-Bevölkerung: 143/615 (23,2%) **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 3.231/48.954 (6,6%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 2.240/32.007 (7,0%) Latino-Bevölkerung: 3.178/93.468 (3,4%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Mithen et al. (2015) (niedrig)	66	allgemeiner Gesundheits-zustand (aus-gezeichnet bis gut)	**IB** + **NIB**: persönliche Interviews	**IB** + **NIB**: Frage: Würden Sie sagen, Ihre Gesundheit ist … (1) ausgezeichnet, (2) sehr gut, (3) gut, (4) in Ordnung oder (5) schlecht? Gruppierung der Antworten in binäre Variable: exzellent, sehr gut und gut (=1) sowie in Ordnung und schlecht (=0)	**IB**: 32,0% (20,5-43,5) **NIB**: 90,5% (89,2-91,7)	**IB**: 150/470 (32,0%) **NIB**: 10.221/11.294 (90,5%)	OR 0,05, 95% KI 0,03-0,09; p=k.A. OR adjustiert 0,08, 95% KI 0,04-0,16; p=k.A., adjustiert nach demo-graphischen und sozioökonomischen Variablen

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; SD=Standardabweichung

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.2.2 Selbsteingeschätzter psychischer/emotionaler/mentaler Gesundheitszustand

Drei Publikationen, zwei mit unklarem (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2017a) und eine mit hohem Biasrisiko (Magana et al. 2016), berichten Ergebnisse zur selbsteingeschätzten psychischen bzw. emotionalen/mentalen Gesundheit. Diese Publikationen kommen zu dem Ergebnis, dass erwachsene Personen mit IB eine schlechtere selbsteingeschätzte psychische bzw. emotionale/mentale Gesundheit aufweisen als erwachsene Personen ohne IB. Die Ergebnisse zum Outcome selbsteingeschätzter psychischer/emotionaler/mentaler Gesundheitszustand sind in Tabelle 8 dargestellt.

Erwachsene

Zwei Berichte der irischen Studie IDS-TILDA (Wave 2 (Burke et al. 2014), Wave 3 (McCarron et al. 2017a)) mit unklarem Biasrisiko zeigen bei insgesamt 1.317 Erwachsenen ab 40 bzw. 50 Jahren, die zufällig aus einer Datenbank von Serviceberechtigten mit IB gezogen wurden, dass Menschen mit IB seltener über eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit berichten als Menschen ohne IB (Spannweite IB: 73,9-77,5% vs. NIB: 90%; p=k.A.).

Ebenfalls zu diesem Schluss kommt eine US-amerikanische Studie mit hohem Biasrisiko (Magana et al. 2016) basierend auf den Angaben von 1.131 Personen mit IB im Alter von 18 bis 65 Jahren aus einer nationalen Zufallsstichprobe privater Haushalte. Ihr zufolge schätzen Menschen mit IB ihre emotionale/mentale Gesundheit häufiger als mittelmäßig bis schlecht ein als Menschen ohne IB (Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung IB: 37,8 vs. NIB: 4,5%; Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: IB 24,4 vs. NIB: 3,9%; Latino-Bevölkerung: IB: 42,3 vs. NIB: 3,8%; p=k.A.).

Tabelle 8: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Selbsteingeschätzte Gesundheit, Unterkategorie Selbsteingeschätzter psychischer/ emotionaler/mentaler Gesundheitszustand

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Burke et al. (2014) (unklar)	74	selbsteingeschätzter psychischer Gesundheitszustand (sehr gut bis ausgezeichnet)	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: Skala: schlecht – mittelmäßig – gut – sehr gut – exzellent **NIB**: k.A.	**IB**: 73,9% (k.A.) **NIB**: 90% (k.A.)	**IB**: k.A. **NIB**: k.A. (90%)	p=k.A.
Magana et al. (2016) (hoch)	42	selbsteingeschätzter psychischer Gesundheitsstatus (mittelmäßig oder schlecht)	**IB** + **NIB**: Telefonumfrage	**IB + NIB**: Skala: schlecht – mittelmäßig – gut – sehr gut – ausgezeichnet	**IB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 37,8% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 24,4% Latino-Bevölkerung: 42,3% **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 4,5% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 3,9% Latino-Bevölkerung: 3,8%	**IB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 111/293 (37,8%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 150/615 (24,4%) Latino-Bevölkerung: 94/223 (42,3%) **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 1.440/32.007 (4,5%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung:	Latino-Bevölkerung: OR 5,27, 95% KI 3,30-8,43; p<0,001 Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: OR 2,00, 95% KI 1,28-3,09; p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
						3.645/93.468 (3,9%) Latino-Bevölkerung: 1.860/48.954 (3,8%)	
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	selbstein-geschätzte/ Proxy-eingeschätzte emotionale und mentale Gesundheit (aus-gezeichnet, sehr gut oder gut)	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: Likert-Skala: ausgezeichnet, sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht **NIB**: k.A.	**IB**: 77,5% (k.A.) **NIB**: 90% (k.A.)	**IB**: k.A. (77,5%.) **NIB**: k.A. (90%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert;

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.3 Erkrankungen insgesamt

Zwei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015; Young-Southward et al. 2017) berichten über physische und psychische Erkrankungen insgesamt, ohne auf bestimmte Krankheitsbilder einzugehen. Sie weisen für Menschen mit IB eine höhere Prävalenz aus. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 detailliert dargestellt.

Jugendliche und junge Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Young-Southward et al. 2017), die auf dem schottischen Zensus basiert und bei 5.556 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit IB (13 bis 24 Jahre) durchgeführt wurde, zeigt, dass die Prävalenz von chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankungen, die länger als 12 Monate andauern, bei Menschen mit IB um ein Vielfaches höher ist als bei Menschen ohne IB (38,8% vs. 6,3%; OR 9,620, 95% KI 9,106-10,162; p=k.A.).

Erwachsene

Eine Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015), die Patientenakten aus 324 schottischen Hausarztpraxen von 8.014 Personen mit IB im Alter ab 18 Jahren auswertet, berichtet, dass Erwachsene mit IB statistisch signifikant öfter eine oder mehrere physische oder mentale Erkrankungen aufweisen als Menschen ohne IB (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Erkrankungen insgesamt

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erkrankungen							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Erkrankungen gesamt (physisch + mental)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.A.	**IB**: keine: 31,8% (k.A.) eine: 27,5% (k.A.) zwei: 18,7% (k.A.) drei: 10,9% (k.A.) vier: 5,9% (k.A.) fünf oder mehr: 5,1% (k.A.) **NIB**: keine: 51,6% (k.A.) eine: 21,3% (k.A.) zwei: 11,5% (k.A.) drei: 6,8% (k.A.) vier: 4,0% (k.A.) fünf oder mehr: 4,8% (k.A.)	**IB**: keine: 2.552/8.014 (31,8%) eine: 2.207/8.014 (27,5%) zwei: 1.498/8.014 (18,7%) drei: 874/8.014 (10,9%) vier: 471/8.014 (5,9%) fünf oder mehr: 412/8.014 (5,1%) **NIB**: keine: 731.181/1.416.364 (51,6%) eine: 301.743/1.416.364 (21,3%) zwei: 162.371/1.416.364 (11,5%) drei: 96.256/1.416.364 (6,8%) vier: 57.231/1.416.364 (4,0%) fünf oder mehr: 67.582/1.416.364 (4,8%)	keine: OR 0,26, 95% KI 0,25–0,27; p<0,001 eine: OR 1,48, 95% KI 1,41–1,55; P<0,001 zwei: OR 2,13, 95% KI 1,99–2,26; p<0,001 drei: OR 2,28, 95% KI 2,10–2,46; p<0,001 vier: OR 2,07, 95% KI 1,87–2,29; p<0,001 fünf oder mehr: OR 1,60, 95% KI 1,44–1,79; p<0,001
Chronische Erkrankungen							
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	chronische Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB**: Erkrankungen, die länger als 12 Monate anhalten	**IB**: 38,8% **NIB**: 6,3%	**IB**: 2.154/5.556 (38,8%)	OR 9,620, 95% KI 9,106–10,162; p=k.A.

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				(Liste von körperlichen und psychischen Erkrankungen) **NIB**: k.A.		**NIB**: 51.006/810.333 (6,3%)	

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4 Körperliche Erkrankungen

5.4.1 Körperliche Erkrankungen insgesamt

Drei Publikationen, davon zwei mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015; Emerson et al. 2016a) und eine mit unklarem Biasrisiko (Hermans et al. 2014), berichten über körperliche Erkrankungen insgesamt, ohne auf bestimmte Krankheitsbilder einzugehen, und zeigen widersprüchliche Ergebnisse. Die detaillierten Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Erwachsene

Eine Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015), die Patientenakten aus 324 schottischen Hausarztpraxen von 8.014 Personen mit IB im Alter ab 18 Jahren auswertet, zeigt, dass Erwachsene mit IB signifikant öfter eine bis vier körperliche Erkrankungen aufweisen als Menschen ohne IB (s. Tabelle 10). Bei fünf oder mehr physischen Krankheiten gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied (IB vs. NIB: 2 vs. 3,1%; OR 0,95, 95% KI 0,81-1,12; p=0,59). Eine zweite Studie mit niedrigem Biasrisiko aus UK (Emerson et al. 2016a) mit 299 Personen mit IB (16 bis 49 Jahre), basierend auf einer nationalen Zufallsstichprobe mit selbstberichteter IB, zeigt keine Unterschiede in der Prävalenz von physischen Erkrankungen zwischen Menschen mit und ohne IB (24 vs. 22%; OR adjustiert 1,09, 95% KI 0,82-1,44; p>0,05), jedoch eine höhere Prävalenz bei mehr als zwei bzw. drei physischen chronischen Erkrankungen, allerdings ohne statistische Signifikanz (>2 chronische Erkrankungen IB vs. NIB: 8 vs. 4%, OR adjustiert 1,39 0,90-2,16 p>0,05; >3 chronische Erkrankungen IB vs. NIB: 2 vs. 1%, OR adjustiert 1,02, 95% KI 0,44-2,39, p>0,05).

Ältere Erwachsene

Eine niederländische Studie (HA-ID) mit unklarem Biasrisiko (Hermans et al. 2014) berichtet über 154 Personen mit IB ab 55 Jahren, die von drei großen Serviceanbietern für Menschen mit IB betreut werden, und zeigt eine niedrigere Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Menschen mit IB vs. ohne IB, allerdings ohne statistische Signifikanz (45,1 vs. 53,2%; p=0,080).

Tabelle 10: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Körperliche Erkrankungen insgesamt

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	physische Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: keine: 38,5% (k.A.) eine: 29,9% (k.A.) zwei: 17,8% (k.A.) drei: 7,9% (k.A.) vier: 3,9% (k.A.) fünf oder mehr: 2,0% (k.A.) **NIB**: keine: 56,5% (k.A.) eine: 20,8% (k.A.) zwei: 10,5% (k.A.) drei: 5,9% (k.A.) vier: 3,3% (k.A.) fünf oder mehr: 3,1% (k.A.)	**IB**: keine: 3.087/8.014 (38,5%) eine: 2.397/8.014 (29,9%) zwei: 1.428/8.014 (17,8%) drei: 631/8.014 (7,9%) vier: 309/8.014 (3,9%) fünf oder mehr: 162/8.014 (2,0%) **NIB**: keine: 799.884/1.416.364 (56,5%) eine: 294.613/1.416.364 (20,8%) zwei: 149.477/1.416.364 (10,5%) drei: 83.016/1.416.364 (5,9%) vier: 45.587/1.416.364 (3,3%) fünf oder mehr: 43.787/1.416.364 (3,1%)	keine: OR 0,27, 95% KI 0,25-0,29; p<0,001 eine: OR 1,79, 95% KI 1,71-1,80; p<0,001 zwei: OR 2,50, 95% KI 2,34-2,66; p<0,001 drei: OR 1,96, 95% KI 1,79-2,15; p<0,001 vier: OR 1,76, 95% KI 1,56-1,99; p<0,001 fünf oder mehr: OR 0,95, 95% KI 0,81-1,12; p=0,59
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	jegliche physische Erkrankung	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews	**IB** + **NIB**: Kalkulation aus Interviewdaten	**IB**: 24% (k.A.) **NIB**: 22% (k.A.)	**IB**: 72/299 (24%) **NIB**: 5.044/22.927 (22%)	OR 1,18, 95% KI 0,90-1,55; p>0,05 OR adjustiert 1,27, 95% KI 0,96-1,67;

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
							p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 1,09, 95% KI 0,82-1,44; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	mehr als 2 physische chronische Erkrankungen	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews	**IB**: Hat Ihnen ein Arzt / eine Ärztin oder eine andere medizinische Fachkraft jemals gesagt, dass Sie eine der auf dieser Karte angeführten Gesundheitsprobleme haben? Antwortmöglichkeiten: Asthma, Arthritis, kongestive Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzinfarkt oder Myokardinfarkt, Schlaganfall, Emphysem, Hyperthyreose oder eine überaktive Schilddrüse, Hypothyreose oder eine Schilddrüsenunterfunktion, chronische Bronchitis, jede Art von Lebererkrankung, Krebs oder Malignome, Diabetes, Epilepsie, Bluthochdruck.	**IB**: 8% (k.A.) **NIB**: 4% (k.A.)	**IB**: 24/299 (8%) **NIB**: 917/22.927 (4%)	OR 2,63, 95% KI 1,72-4,00; p<0,001 OR adjustiert 2,25, 95% KI 1,47-3,42; p<0,001, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 1,39 95% KI 0,90-2,16; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				NIB: Kalkulation aus Interviewdaten			
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	mehr als 3 physische chronische Erkrankungen	**IB** + **NIB**: computergestütztes persönliches Interview	**IB**: Hat Ihnen ein Arzt oder eine andere medizinische Fachkraft jemals gesagt, dass Sie eine der auf dieser Karte aufgeführten Gesundheitsprobleme haben? Antwortmöglichkeiten: Asthma, Arthritis, kongestive Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzinfarkt oder Myokardinfarkt, Schlaganfall, Emphysem, Hyperthyreose oder eine überaktive Schilddrüse, Hypothyreose oder eine Schilddrüsenunterfunktion, chronische Bronchitis, jede Art von Lebererkrankung, Krebs oder Malignome, Diabetes, Epilepsie, Bluthochdruck **NIB**: Kalkulation aus Interviewdaten	**IB**: 2% (k.A.) **NIB**: 1% (k.A.)	**IB**: 6/299 (2%) **NIB**: 229/22.927 (1%)	OR 2,45, 95% KI 1,08-5,57; p<0,05 OR adjustiert 2,00, 95% KI 0,88-4,57; p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 1,02, 95% KI 0,44-2,39; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Ältere Erwachsene							
Hermans et al. (2014) (unklar)	63	eine oder mehrere chronische Erkrankungen (Anteil)	**IB** + **NIB**: medizinische Falldaten	**IB** + **NIB**: Zu den chronischen Krankheiten zählten periphere Atherosklerose, Krebs, chronische Lungenkrankheiten, zerebrovaskuläre Unfälle, Diabetes	**IB**: 45,1% (k.A.) (Anm.: Die Daten von 32 TN (21%) fehlen.) **NIB**: 53,2% (k.A.)	**IB**: 55/154 (45,1%) **NIB**: 1.253/ 2.917 (53,2%) (Anm.: Die Daten von 562 TN (19 %) fehlen.)	p=0.080

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				mellitus, Herzerkrankungen und Arthritis.			

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.2 Allergien

Zwei Publikationen mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020) berichten über Allergien. Diese zeigen eine niedrigere Prävalenz von Allergien bei Menschen mit IB im Vergleich zur NIB-Gruppe. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine österreichische Studie mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen im Alter von 18 bis 76 Jahren befragt wurden, die in insgesamt 15 Zentren in Wien und Niederösterreich Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nahmen, lässt eine etwas niedrigere Prävalenz von Allergien bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB vermuten (16,8% vs. 22%). Es werden jedoch keine Informationen zu einer Inferenzstatistik berichtet.

Eine zweite Studie aus Spanien, ebenfalls mit unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020), stellt anhand einer größeren Stichprobe von 1.040 Menschen mit IB ab 44 Jahren, die Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, eine signifikant niedrigere Allergieprävalenz bei Menschen mit IB versus ohne IB fest (5,7% vs. 11,7%; OR 0,45, 95% KI k.A.; $p<0,001$).

Tabelle 11: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Allergien

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Allergien	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 16,8% **NIB**: 22%	**IB**: 32/190 (5,3%) **NIB**: 3.300/15.000 (22%)	p=k.A.
Erwachsene ab 44 Jahren							
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Allergien	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern in Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem /einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 5,7% (k.A.) **NIB**: 11,7% (k.A.)	**IB**: 59/1.040 (5,7%) **NIB**: 1.424/12.172 (11,7%)	OR 0,45, 95% KI k.A.; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.3 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

5.4.3.1 Arthritis und Arthrose

Arthrose und Arthritis sind Gelenkerkrankungen mit ähnlichen Symptomen, jedoch unterschiedlichen Ursachen. Bei einer Arthrose kommt es zu einem Knorpelabrieb an den Gelenken (Verschleiß), bis Schmerzen auftreten. Risikofaktoren für derartige Knorpelschädigungen sind Über- bzw. Fehlbelastungen, bedingt durch Übergewicht und Bewegungsmangel, degenerative Veränderungen im Alterungsprozess sowie genetische Faktoren. Arthritis ist eine entzündungsbedingte Gelenkserkrankung, die durch Infektionen, Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma) oder Stoffwechselerkrankungen (z. B. Gicht) bedingt sein kann.

Sieben Publikationen, davon drei mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Emerson et al. 2016a), drei mit unklarem (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2011; Morin et al. 2012) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013) berichten Ergebnisse zur Arthritisprävalenz, eine Publikation mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008) zur Arthrosehäufigkeit. In fünf von sieben Publikationen wird bei Menschen mit IB in puncto Arthritis eine geringere Prävalenz festgestellt als in der NIB-Gruppe. Zwei Publikationen berichten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (Carey et al. 2016; Emerson et al. 2016a). In Sachen Arthrose berichtet eine österreichische Studie (Brehmer et al. 2008) eine geringere Prävalenz in der IB-Gruppe als in der NIB-Gruppe. Die Detailergebnisse sind in Tabelle 12 dargestellt.

Erwachsene

Fünf Publikationen, davon eine mit niedrigem (Cooper et al. 2015), drei mit unklarem (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2011; Morin et al. 2012) und eine mit hohem (Haider et al. 2013) Biasrisiko, liefern Ergebnisse zur Prävalenz von Arthritis. Eine schottische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015), die Patientenakten aus 314 schottischen Hausarztpraxen von 8.014 Personen mit IB im Alter ab 18 Jahren auswertet, berichtet für Menschen mit IB eine statistisch signifikant geringere Prävalenz von entzündlicher Arthritis und damit verwandten Erkrankungen inklusive Gicht als für Menschen ohne IB (IB: 2,2% vs. NIB: 4,1%; OR 0,57, 95% KI 0,48-0,67; $p<0,001$). Drei weitere Untersuchungen (zwei in Irland, eine in Kanada) mit unklarem Biasrisiko (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2011; Morin et al. 2012) bei insgesamt 2.250 Personen mit IB bestätigen dieses Ergebnis und weisen eben-

falls für Menschen mit IB (ab 15 Jahren bzw. ab 41/50 Jahren) eine geringere Arthritisprävalenz aus als für Menschen ohne IB (IB: 6,7-16,8% vs. NIB: 14,1-33,9%). Auch eine australische Studie mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013) bei 897 Erwachsenen mit IB (Alter: 18+) berichtet diesbezüglich übereinstimmende Ergebnisse (IB: 11,7%, 95% KI 7,7-17,3 vs. NIB: 20,2%, 95% KI 19,7-20,7).

Zwei Studien berichten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen. Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016), in der Patientendaten von 14.751 Personen mit IB aus insgesamt 408 Hausarztpraxen in England ausgewertet wurden, berichtet in Sachen rheumatoider Arthritis ähnliche Prävalenzzahlen für Menschen mit und ohne IB (IB: 0,5% vs. NIB: 0,6%; PR[3] 0,82, 95% KI 0,65-1,05; p=k.A.). Eine zweite Studie aus UK mit niedrigem Biasrisiko (Emerson et al. 2016a) bestätigt dieses Ergebnis auf Basis einer nationalen Zufallsstichprobe von 299 Personen mit IB im Alter von 16 bis 49 Jahren (adj. OR 1,52, 95% KI 0,92-2,51; p>0,05).

Eine österreichische Untersuchung mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen ab 18 Jahren befragt wurden, die in 15 Zentren in Niederösterreich und Wien Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nahmen, berichtet von einer geringeren Arthroseprävalenz bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (IB: 10,5% vs. NIB: 16,8%), Angaben zur Inferenzstatistik fehlen jedoch.

[3] Das Prävalenzverhältnis, auch Prävalenzodds-Ratio (kurz PR) genannt, ist ein relatives Maß und gibt das Verhältnis der Prävalenz einer Erkrankung X in Gruppe A zur Prävalenz der Erkrankung X in Gruppe B an und entspricht damit in der Berechnung dem relativen Risiko, beruht allerdings auf Prävalenzen.

Tabelle 12: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Arthritis und Artrose

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Arthrose	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 10,5% **NIB**: 16,8%	**IB**: 20/190 (10,5%) **NIB**: 2.520/15.000 (16,8%)	p-Wert k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	rheumatische Arthritis	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 0,5% (k.A.) **NIB**: 0,6% (k.A.)	**IB**: 73/14.751 (0,5%) **NIB**: 550/86.221 (0,6%)	PR 0,82, 95% KI 0,65-1,05; p-Wert k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	entzündliche Arthritis und verwandte Erkrankungen (inkl. Gicht)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Bericht der Diagnose des Arztes / der Ärztin aus den Krankenakten	**IB**: 2,2% (k.A.) **NIB**: 4,1% (k.A.)	**IB**: 151/8.014 (2,2%) **NIB**: 57.857/1.416.364 (4,1%)	OR 0,57, 95% KI 0,48-0,67; p<0,001
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Arthritis	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt / eine Ärztin oder andere(r) Mitarbeiterin/Mitarbeiter des Gesundheitssystems jemals diese Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?	**IB**: 7% (k.A.) **NIB**: 3% (k.A.)	**IB**: 21/299 (7%) **NIB**: 688/22.927 (3%)	OR 2,86, 95% KI 1,77-4,61; p<0,001 OR adjustiert 2,31, 95% KI 1,42-3,76; p<0,01, adjustiert nach Alter und Geschlecht

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
							OR adjustiert 1,52, 95% KI 0,92-2,51; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Arthritis	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 11,7% (7,7 - 17,3) **NIB**: 20,2% (19,7 - 20,7)	**IB**: 105/897 (11,7%) **NIB**: 6.902/34.168 (20,2%)	stat. signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Morin et al. (2012) (unklar)	47	Arthritis/ Rheuma/ Osteo-arthrose	**IB**: Selbstberichts-instrumente und Berichte von Auskunftspersonen durch Fragebögen **NIB**: E'co Sante Datenbank	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 6,7% (k.A.) **NIB**: 14,1% (k.A.)	**IB**: 53/789 (6,7%) **NIB**: k.A.	p<0,001
Ältere Erwachsene							
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Arthritis	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 16,8% (k.A.) **NIB**: 33,9% (k.A.)	**IB**: k.A. (16,8%) **NIB**: k.A. (33,9%)	p-Wert k.A. Konfidenzintervalle überlappen sich nicht

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Arthritis	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 10,8% (k.A.) **NIB**: 27,6% (k.A.)	**IB**: k.A. (10,8%) **NIB**: k.A. (27,6%)	p-Wert k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.3.2 Osteoporose

Sechs Publikationen, davon eine mit niedrigem (Carey et al. 2016), vier mit unklarem (Brehmer et al. 2008; Burke et al. 2014; García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2011) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), deuten mehrheitlich auf eine ähnliche Prävalenz von Osteoporose bei Menschen mit IB und ohne IB hin. Die Ergebnisse zum Outcome Osteoporose sind in Tabelle 13 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine Studie mit niedrigem Biasrisiko, die elektronische Patientendaten aus insgesamt 408 Hausarztpraxen in England aufarbeitet (Carey et al. 2016), zeigt bei 14.751 Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren eine signifikant höhere Prävalenz von Osteoporose als bei Patientinnen und Patienten ohne IB (IB: 1,7% vs. NIB: 1,0%; PR 1,84, 95% KI 1,60-2,12; p=k.A.).

Keinen statistisch signifikanten Unterschied in puncto Osteoporoseprävalenz stellt eine spanische Studie mit unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020) bei 1.040 Menschen mit IB ab 44 Jahren, die bei vier Servicedachverbandsanbietern in 34 von 50 spanischen Provinzen Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, im Vergleich zu einer NIB-Gruppe fest (IB: 6,8% vs. NIB: 6,5%; OR 1,00, 95% KI k.A.; p=0,76). Zu diesem Ergebnis kommt auch eine australische Studie mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013) bei 897 Menschen mit IB im Alter ab 18 Jahren, die Services für Menschen mit IB erhalten haben (IB: 6,9, 95% KI 4,8-10,0 vs. NIB: 4,8%, 95% KI 4,5-5,1). Ebenfalls über eine ähnlich hohe Osteoporoseprävalenz bei Menschen mit und ohne IB berichtet eine irische Studie mit unklarem Biasrisiko (Studie IDS-TILDA, Wave 2) (Burke et al. 2014), in der 708 Personen ab 43 Jahren aus einer nationalen Datenbank für Menschen mit IB im Rahmen computergestützter persönlicher Interviews befragt wurden (IB: 16,4% vs. NIB: 14,3%; überlappende Konfiidenzintervalle, d. h. es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen).

Eine österreichische Studie mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008) bei 190 Menschen mit IB ab 18 Jahren sowie eine irische Studie mit unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011), in der 753 Personen ab 41 Jahren aus einer nationalen Datenbank für Menschen mit IB mittels computergestützten Telefoninterviews befragt wurden, berichten eine geringfügig niedrigere Osteoporoseprävalenz bei Menschen mit IB im Vergleich zur Bevölkerung ohne IB (IB: 4,8% vs. NIB: 5,8%, p=k.A. bzw. IB: 8,1% vs. NIB: 9,3%, p=k.A.). Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Unterschiede nicht statistisch signifikant sind.

Tabelle 13: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Osteoporose

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Osteoporose	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 4,8% (k.A.) **NIB**: 5,8% (k.A.)	**IB**: 9/190 (4,8%) **NIB**: 870/15.000 (5,8%)	p-Wert k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Osteoporose	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,7% (k.A.) **NIB**: 1,0% (k.A.)	**IB**: 246/14.751 (1,7%) **NIB**: 822/86.221 (1,0%)	PR 1,84, 95% KI 1,60-2,12; p-Wert k.A.
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Osteoporose	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: „Wurde Ihnen zu irgendeinem Zeitpunkt in Ihrem Leben von einem Arzt / einer Ärztin mitgeteilt, dass Sie eine der folgenden Erkrankungen hatten?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 6,9% (4,8 - 10,0) **NIB**: 4,8% (4,5 - 5,1)	**IB**: 62/897 (6,9%) **NIB**: 1.640/34.168 (4,8%)	kein stat. signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Ältere Erwachsene							
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Osteoporose	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: GE Lunar Achilles Insight Express II **NIB**: k.A.	**IB**: 16,4% (k.A.) **NIB**: 14,3% (k.A.)	**IB**: k.A. (16,4%) **NIB**: k.A. (14,3%)	p-Wert k.A. Konfidenzintervalle überlappen sich

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			NIB: k.A.				
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Osteoporose	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, Nationales Statistik Institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 6,8% (k.A.) **NIB**: 6,5% (k.A.)	**IB**: 71/1.040 (6,8%) **NIB**: 791/12.172 (6,5%)	OR 1,00, 95% KI k.A.; p=0,76
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Osteoporose	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 8,1% (k.A.) **NIB**: 9,3% (k.A.)	**IB**: k.A. (8,1%) **NIB**: k.A. (9,3%)	p-Wert k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.3.3 Rückenschmerzen

Zwei Publikationen mit unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020; Morin et al. 2012) berichten über die Prävalenz von Rückenschmerzen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Menschen mit IB seltener von Rückenschmerzen betroffen sind als die Vergleichsgruppen ohne IB. Die Detailergebnisse sind in Tabelle 14 gestellt.

Erwachsene

Eine Studie aus Spanien (García-Domínguez et al. 2020) bei 1.040 Menschen mit IB ab 44 Jahren, die bei vier Servicedachverbandsanbietern in 34 von 50 spanischen Provinzen Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, stellt eine niedrigere Prävalenz chronischer Rückenschmerzen bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB fest (IB: 10,4% vs. NIB: 33,4%; OR 0,23; p<0,001). Dazu passt auch das Ergebnis einer kanadischen Studie (Morin et al. 2012) bei 789 Menschen mit IB ab 15 Jahren, die von 22 Institutionen in Quebec Leistungen für Menschen mit IB erhalten (IB: 11,2% vs. NIB: 16,4; p<0,001).

Tabelle 14: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Rückenschmerzen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Morin et al. (2012) (unklar)	47	Rücken-schmerzen	**IB**: Selbstberichts-instrumente und Berichte von Auskunftspersonen durch Fragebögen **NIB**: E'co Sante Datenbank	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 11,2% (k.A.) **NIB**: 16,4% (k.A.)	**IB**: 88/789 (11,2%) **NIB**: k.A.	p<0,001
Ältere Erwachsene							
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	chronische Rücken-schmerzen	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, Nationales Statistik Institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 10,4% (k.A.) **NIB**: 33,4% (k.A.)	**IB**: 108/1.040 (10,4%) **NIB**: 4.065/12.172 (33,4%)	OR 0,23, 95% KI k.A.; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.4 Migräne/Kopfschmerzen

Vier Publikationen, davon eine mit niedrigem (Cooper et al. 2015) und drei mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020; Morin et al. 2012), berichten über Migräne und Kopfschmerzen bei Menschen mit und ohne IB. Zwei dieser vier Publikationen geben ausschließlich Migräne als Outcome an (Cooper et al. 2015; García-Domínguez et al. 2020), während die beiden anderen Publikationen den Outcome als Migräne/Kopfschmerzen definieren (Brehmer et al. 2008; Morin et al. 2012). Die Ergebnisse der Studien sind widersprüchlich und sind in Tabelle 15 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine schottische Studie (Cooper et al. 2015), die auf Patientenakten aus insgesamt 314 Hausarztpraxen beruht und 8.014 Personen mit IB ab 18 Jahren inkludiert, berichtet eine etwas höhere Migräneprävalenz bei Menschen mit IB im Vergleich zu jenen ohne IB (IB: 0,74% vs. NIB: 0,65%; OR 1,32, 95% KI 1,02-1,71; p=0,03).

Eine österreichische Studie mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen mit IB ab 18 Jahren befragt wurden, die in 15 Zentren in Niederösterreich und Wien Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nahmen, berichtet ähnliche Prävalenzahlen für Migräne- und Kopfschmerzen zusammengenommen für Menschen mit und ohne IB (IB: 18,4% vs. NIB: 18,7%; p=k.A.).

Zwei Studien mit unklarem Biasrisiko, eine aus Kanada (Morin et al. 2012) und eine aus Spanien (García-Domínguez et al. 2020), berichten von einer niedrigeren Prävalenz bei Migräne bzw. Migräne und Kopfschmerzen für Menschen mit versus ohne IB (IB: 5,3-6,5% vs. NIB: 9,8-11,1%; p<0,01 bzw. <0,001). In der kanadischen Studie (Morin et al. 2012) wurden insgesamt 789 Menschen mit IB ab 15 Jahren berücksichtigt, die von 22 Institutionen in Quebec Leistungen für Menschen mit IB erhalten. In der spanischen Studie (García-Domínguez et al. 2020) wurden 1.040 Personen mit IB ab 44 Jahren inkludiert, die bei vier Servicedachverbandsanbietern in 34 von 50 spanischen Provinzen Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen.

Tabelle 15: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Migräne/Kopfschmerzen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Migräne/ Kopf-schmerzen	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 18,4% **NIB**: 18,7%	**IB**: 35/190 (18,4%) **NIB**: 2.805/15.000 (18,7%)	k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Migräne	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,7% (k.A) **NIB**: 0,7% (k.A)	**IB**: 59/8.014 (0,74%) **NIB**: 9.192/1.416.364 (0,65%)	OR 1,32, 95% KI 1,02-1,71; p=0,03
Morin et al. (2012) (unklar)	47	Migräne/ Kopf-schmerzen	**IB**: Selbstberichts-instrumente und Berichte von Auskunftspersonen durch Fragebögen **NIB**: E‘co Sante Datenbank	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 6,5% **NIB**: 9,8%	**IB**: 51/789 (6,5%) **NIB**: k.A.	p<0,01
Erwachsene ab 44 Jahren							
García-Domínguez	75	Migräne	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von	**IB**: 5,3% (k.A.) **NIB**: 11,1% (k.A.)	**IB**: 55/1.040 (5,3%) **NIB**: 1.351/12.172 (11,1%)	OR 0,44, 95% KI k.A.; p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
et al. (2020) (unklar)			Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	einem/einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?			

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.5 Atemwegserkrankungen

Bei den Atemwegserkrankungen liegt der Fokus der eingeschlossenen zehn Publikationen auf chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege. Hierzu zählen vor allem Asthma Bronchiale und COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung). Beide Erkrankungen sind mit hohen Einbußen in der Lebensqualität verbunden und ziehen hohe direkte und indirekte Kosten nach sich (häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, dauerhafte Medikation, Fehlzeiten, Rehabilitationsmaßnahmen, Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Sterblichkeit). COPD führt zudem häufig frühzeitig zum Tod.

5.4.5.1 (Chronische) Lungenerkrankungen

Der Outcome (chronische) Lungenerkrankungen insgesamt wurde in zwei Publikationen, beide mit unklarem Biasrisiko, untersucht (García-Domínguez et al. 2020; Hermans et al. 2014). Die präsentierten Ergebnisse weisen auf eine ähnliche oder geringere Prävalenz bei Menschen mit IB hin. Die Ergebnisse zum Outcome (chronische) Lungenerkrankungen insgesamt sind in Tabelle 16 dargestellt.

Erwachsene

Eine niederländische Studie mit unklarem Biasrisiko (Hermans et al. 2014), die bei 154 Personen mit IB im Alter ab 55 Jahren, die Dienstleistungen von Organisationen für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, durchgeführt wurde, weist keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Prävalenz chronischer Lungenerkrankungen zwischen Menschen mit und ohne IB aus (13,9% vs. 10,2%; p=0,192). Die Personen in der IB-Gruppe sind jedoch im Durchschnitt jünger als die Vergleichsgruppe (64,1 Jahre vs. 70,4 Jahre).

Eine spanische Studie mit ebenfalls unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020), in der Angaben von 1.040 Erwachsenen (im Alter ab 44 Jahren) gesammelt wurden, die Leistungen von Organisationen für Menschen mit IB erhalten haben, kommt zum Ergebnis, dass Menschen mit IB seltener Lungenerkrankungen (exkl. Asthma) aufweisen als gleichaltrige Menschen ohne IB (3,9% vs. 5,8%; p<0,001). Die Daten zu den Personen mit IB beruhen auf Angaben des Fachpersonals dieser Organisationen und/oder auf den Angaben von Familienmitgliedern (vermutlich aus Klienten- und Patientenakten), die Ergebnisse der NIB-Gruppe auf Daten einer nationalen Gesundheitsbefragung (Selbstberichtsdaten). Die IB-Gruppe ist deutlich jünger als die NIB-Gruppe.

5.4.5.2 Asthma

Neun Publikationen, fünf mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; Emerson et al. 2016a; Segal et al. 2016), drei mit unklarem (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020; Morin et al. 2012) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), berichten Ergebnisse zur Asthmaprävalenz. Fast alle Publikationen beziehen sich auf die erwachsene Bevölkerung und wurden in englischsprachigen Ländern (England, Schottland, UK, USA und Kanada) durchgeführt. Fünf der neun Publikationen weisen für Menschen mit IB eine höhere Asthmaprävalenz aus (Brehmer et al. 2008; Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; Segal et al. 2016). Drei Publikationen berichten hingegen keinen signifikanten Unterschied zwischen Menschen mit und ohne IB (Emerson et al. 2016a; Haider et al. 2013; Morin et al. 2012). Sie beruhen auf Befragungsdaten und selbstberichteten Angaben. Nur eine Publikation kommt zum Ergebnis, dass Personen mit IB seltener an Asthma erkranken als Personen ohne IB (García-Domínguez et al. 2020). Die Ergebnisse zum Outcome Asthma sind in Tabelle 16 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Segal et al. 2016), die bei 672 0- bis 17-Jährigen mit IB durchgeführt wurde (repräsentative Zufallsstichprobe privater Haushalte), berichtet über eine statistisch signifikant höhere Asthmaprävalenz bei Kindern und Jugendlichen mit IB im Vergleich zu einer gleichaltrigen Vergleichsgruppe ohne IB (17,9% vs. 10,5%; p=0,002).

Erwachsene

Vier Studien (davon drei mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018) und eine mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008)) bei insgesamt 23.676 Erwachsenen mit IB im Alter ab 18 Jahren berichten über eine höhere Asthmaprävalenz bei Erwachsenen mit im Vergleich zu Erwachsenen ohne IB (Spannweite IB: 5,3-9,2% vs. NIB: 4,3-6,6%). Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016), basierend auf einer Vollerhebung elektronischer Patientenakten von insgesamt 408 Hausarztpraxen in England, bei der 14.751 Patientenakten von Menschen mit IB im Alter ab 18 Jahren aufgearbeitet wurden, beziffert die Asthmaprävalenz bei Patientinnen und Patienten mit IB mit 8,2 Prozent im Unterschied zu 6,6 Prozent bei jenen ohne IB (PR 1,25, 95% KI 1,18-1,33; p=k.A.). Eine schottische Studie (niedriges Biasrisiko) (Cooper et al. 2015), die ebenfalls auf der Grundlage einer Vollerhebung von Patientenakten aus insgesamt 314 Hausarztpraxen

durchgeführt wurde und 8.014 Personen mit IB einschloss (18 Jahre und älter), bestätigt dieses Ergebnis (IB: 7,2% vs. NIB: 5,9%; OR 1,26, 95% KI 1,16-1,38; p<0,001).

Vier Publikationen (eine mit einem niedrigen (Emerson et al. 2016a), zwei mit einem unklaren (Brehmer et al. 2008; Morin et al. 2012) und eine mit einem hohen Biasrisiko (Haider et al. 2013)), die insgesamt Daten von 2.275 Personen mit IB berichten, zeigen keine nennenswerten Unterschiede in der Asthmaprävalenz (Spannweite IB: 5,3-9% vs. NIB: 4,3-12%). Unter den vier Publikationen befindet sich auch eine österreichische Studie mit unklarem Biasrisiko, in der 190 Personen ab 18 Jahren befragt wurden, die in insgesamt 15 Zentren in Wien und Niederösterreich Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nahmen. Alle diese Studien beruhen auf Befragungsdaten und selbstberichteten Angaben. Die Asthmaprävalenz der IB-Gruppe entspricht dabei in etwa den Ergebnissen der zuvor berichteten Studien (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018), während die Prävalenz selbstberichteter Asthma-Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher ausfällt.

Eine Studie aus Spanien mit ebenfalls unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020), in der Angaben von 1.040 Erwachsenen (im Alter ab 44 Jahren) gesammelt wurden, die Leistungen von Organisationen für Menschen mit IB erhalten haben, kommt zum Ergebnis, dass Menschen mit IB seltener an Asthma erkrankt sind als gleichaltrige Menschen ohne IB (1,9% vs. 4,5%; p<0,001). Die Daten zu Personen mit IB beruhen auf Angaben des Fachpersonals dieser Organisationen und/oder auf den Angaben von Familienmitgliedern (Proxy-Angaben), die Ergebnisse der NIB-Gruppe auf Daten einer nationalen Gesundheitsbefragung. Demnach werden in dieser Studie – vermutlich – Asthma-Diagnosen aus Klienten- und Patientenakten mit selbstberichteten Asthma-Angaben verglichen, wobei möglicherweise die zuvor angesprochenen Effekte (Selbstberichte zu Asthma führen in der NIB-Gruppe zu einer höheren Prävalenz) zum Tragen kommen. Hinzu kommt, dass die IB-Gruppe deutlich jünger ist als die NIB-Gruppe.

Tabelle 16: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Atemwegserkrankungen: Asthma

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	Asthma	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: „Wurde bei Ihrem Kind jemals Asthma diagnostiziert? - Wenn ja, ist diese Diagnose noch aktuell?“	**IB**: 17,9% (k.A.) **NIB**: 10,5% (k.A.)	**IB**: 120/672 (17,9%) **NIB**: 4.530/43.146 (10,5%)	prozentueller Unterschied: 7,4%, 95% KI 1,6-13,2; p=0,002
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Asthma	**IB**: persönliche Inerviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 5,3% (k.A.) **NIB**: 4,3% (k.A.)	**IB**: 10/190 (5,3%) **NIB**: 645/15.000 (4,3%)	p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Asthma	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 8,2% (k.A.) **NIB**: 6,6% (k.A.)	**IB**: 1.208/14.751 (8,2%) **NIB**: 5.717/86.221 (6,6%)	PR 1,25, 95% KI 1,18-1,33; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Asthma	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 7,2% (k.A.) **NIB**: 5,9% (k.A.)	**IB**: 575/8.014 (7,2%) **NIB**: 83.930/1.416.364 (5,9%)	OR 1,26, 95% KI 1,16-1,38; p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Asthma	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 9,2% (k.A.) **NIB**: 5,3% (k.A.)	**IB**: 66/721 (9,2%) **NIB**: 40.427/764.672 (5,3%)	Rate Ratio[4] 1,73, 95% KI 1,36-2,20; p<0,001
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Asthma	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt / eine Ärztin oder andere(r) Mitarbeiterin/Mitarbeiter des Gesundheitssystems jemals diese Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?	**IB**: 9% **NIB**: 12%	**IB**: 27/299 (9%) **NIB**: 2.751/22.927 (12%)	OR 0,80, 95% KI 0,53-1,21; p>0,05 OR adjustiert 0,85, 95% KI 0,56-1,29; p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 0,75, 95% KI 0,49-1,14; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und Sozialkapital in der Nachbarschaft
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Asthma	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 1,9% (k.A.) **NIB**: 4,5% (k.A.)	**IB**: 20/1.040 (1,9%) **NIB**: 548/12.172 (4,5%)	OR 14,8, 95% KI k.A.; p<0,001

[4] Das Ratenverhältnis, auch Rate Ratio genannt, gibt das Verhätnis zweier Raten (Prävalenraten/Inzidenzraten) an.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			NIB: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien				
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Asthma	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 8,7% (6,4-11,7) **NIB**: 10,7% (10,1-11,2)	**IB**: 78/897 (8,7%) **NIB**: 3.656/34.168 (10,7%)	kein signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Morin et al. (2012) (unklar)	47	Asthma	**IB**: Selbstberichts-instrumente und Berichte von Auskunftspersonen durch Fragebögen **NIB**: E'co Sante Datenbank	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 7,0% **NIB**: 8,6%	**IB**: 55/789 (7,0%) **NIB**: k.A.	p>0,05

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.5.3 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Drei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018) berichten Ergebnisse zur COPD-Prävalenz. Alle drei Publikationen beziehen sich auf Erwachsene und wurden in UK durchgeführt. Zwei Publikationen berichten, dass Menschen mit IB seltener von COPD betroffen sind als Menschen ohne IB. Eine Publikation berichtet keinen statistisch signifikanten Unterschied, deutet aber in dieselbe Richtung, wie die beiden anderen Studien. Die Ergebnisse zum Outcome COPD sind in Tabelle 17 dargestellt.

Erwachsene

Die zahlenmäßig größte Studie (Carey et al. 2016), basierend auf einer Vollerhebung elektronischer Patientenakten von insgesamt 408 Hausarztpraxen in England, bei der 14.751 Patientenakten von Menschen mit IB im Alter ab 18 Jahren aufgearbeitet wurden, beziffert die COPD-Prävalenz bei Patientinnen und Patienten mit IB mit 1,1 Prozent und bei jenen ohne IB mit 1,4 Prozent. Menschen mit IB sind demnach etwas seltener von COPD betroffen (PR 0,84, 95% KI 0,71-0,99; p=k.A.). Eine schottische Studie (niedriges Biasrisiko) (Cooper et al. 2015), die ebenfalls auf der Grundlage einer Vollerhebung von Patientenakten durchgeführt wurde und 8.014 Personen mit IB (18+ Jahre) inkludiert, bestätigt diesen statistisch signifikanten Unterschied (IB: 2,6% vs. NIB: 3,7%; OR 0,84, 95% KI 0,73-0,97; p<0,001).

Eine ebenfalls schottische Studie (Gebiet Glasgow) bei 721 Personen mit IB (ab 18 Jahren) (Cooper et al. 2018), die in einem Gesundheitsregister für Menschen mit IB erfasst sind, berichtet auf Basis elektronischer Patientenakten keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (1,2% vs. 2,2%; Rate Ratio 0,57, 95% KI 0,29-1,09; p=0,09), deutet aber in dieselbe Richtung wie die beiden zuvor beschriebenen Studien.

Tabelle 17: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Atemwegserkrankungen: COPD

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	COPD	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,1% (k.A.) **NIB**: 1,4% (k.A.)	**IB**: 160/14.751 (1,1%) **NIB**: 1.184/86.221 (1,4%)	PR 0,84, 95% KI 0,71-0,99; p-Wert k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	COPD	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 2,6% (k.A.) **NIB**: 3,7% (k.A.)	**IB**: 209/8.014 (2,6%) **NIB**: 52.898/1.416.364 (3,7%)	OR 0,84, 95% KI 0,73-0,97; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	COPD	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 1,2% (k.A.) **NIB**: 2,2% (k.A.)	**IB**: 9/721 (1,2%) **NIB**: 16.858/764.672 (2,2%)	IB vs. NIB: Rate Ratio 0,57, 95% KI 0,29-1,09; p=0,09

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.5.4 Andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege

Drei Publikationen, zwei mit niedrigem (Cooper et al. 2015; Emerson et al. 2016a) und eine mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008), berichten Ergebnisse zu anderen chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege (chronische Bronchitis und/oder Emphysem bzw. Bronchiektase) (s. Tabelle 18).

Erwachsene

Eine Studie aus UK mit niedrigem Biasrisiko (Emerson et al. 2016a) bei 299 Personen mit IB im Alter von 16 bis 49 Jahren einer repräsentativen Zufallsstichprobe privater Haushalte beziffert die Prävalenz für chronische Bronchitis und/oder Emphysem mit rund einem Prozent, sowohl für die IB- als auch für die NIB-Gruppe (OR adjustiert 0,78, 95% KI 0,24-2,52; p>0,05).

Eine österreichische Studie mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen ab 18 Jahren befragt wurden, die in insgesamt 15 Zentren in Wien und Niederösterreich Leistungen für Menschen mit IB nehmen, zeigt, dass Menschen mit IB häufiger von einer chronischen Bronchitis und/oder einem Emphysem betroffen sind als Menschen ohne IB (7,4% vs. 5,5%), allerdings erweist sich dieser Unterschied als nicht statistisch signifikant.

Eine schottische Studie (niedriges Biasrisiko) (Cooper et al. 2015), die Patientenakten aus 314 schottischen Hausarztpraxen von 8.014 Personen mit IB (ab 18 Jahren) auswertet, weist für Menschen mit IB eine statistisch höhere Bronchiektaseprävalenz aus als für Menschen ohne IB (OR 1,68, 95% KI 1,08-2,61; p=0,02).

Tabelle 18: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Atemwegserkrankungen: Andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Bronchiek-tasen	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 0,3% (k.A.) **NIB**: 0,2% (k.A.)	**IB**: 20/8.014 (0,3%) **NIB**: 2.794/1.416.364 (0,2%)	OR 1,68, 95% KI 1,08-2,61; p=0,02
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	chronische Bronchitis und/oder Emphysem	**IB**: persönliches Inerview **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 7,4% (k.A.) **NIB**: 5,5% (k.A.)	**IB**: 14/190 (7,4%) **NIB**: 825/15.000 (5,5%)	p=k.A.
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	chronische Bronchitis und/oder Emphysem	**IB** + **NIB**: computergestützte persönliche Interviews	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt / eine Ärztin oder andere(r) Mitarbeiterin/Mitarbeiter des Gesundheitssystems jemals diese Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?	**IB** + **NIB**: 1% (k.A.)	**IB**: 3/299 (1%) **NIB**: 229/22.927 (1%)	OR 1,74, 95% KI 0,55-5,51; p>0,05 OR adjustiert 1,44, 95% KI 0,45-4,57; p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 0,78, 95% KI 0,24-2,52; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
							Sozialkapital in der Nachbarschaft
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Lungen-erkrankungen	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 3,9% (k.A.) **NIB**: 5,8% (k.A.)	**IB**: 41/1.040 (3,9%) **NIB**: 706/12.172 (5,8%)	OR 0,65, 95% KI k.A.; p<0,001
Hermans et al. (2014) (unklar)	63	chronische Lungen-erkrankungen	**IB** + **NIB**: medizinische Falldaten	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 13,9% (k.A.) **NIB**: 10,2% (k.A.)	**IB**: 17/154 (13,9%) **NIB**: 239/2.917 (10,2%) (Anm.: Die Daten von 582 TN (20%) fehlen.)	p=0.192

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.6 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

5.4.6.1 Diabetes

Siebzehn Publikationen, davon neun mit niedrigem (Axmon et al. 2017; Balogh et al. 2015; Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; de Winter et al. 2012a; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a; Flygare Wallen et al. 2018), fünf mit unklarem (Brehmer et al. 2008; Burke et al. 2014; García-Domínguez et al. 2020; Hermans et al. 2014; McCarron et al. 2011; Morin et al. 2012) und zwei mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013; Magana et al. 2016), berichten über die Diabetesprävalenz von Menschen mit und ohne IB. Generell zeigt sich, dass Publikationen, die auf Diabetesdiagnosen aus Krankenakten zurückgreifen, mit wenigen Ausnahmen (Flygare Wallen et al. 2018) eine höhere Diabetesprävalenz für Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB berichten. Bei Studien, die Diabeteserkrankungen im Selbstbericht erfasst haben (Brehmer et al. 2008; Burke et al. 2014; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a; García-Domínguez et al. 2020; Haider et al. 2013; Magana et al. 2016; McCarron et al. 2011; Morin et al. 2012), gibt es auch Untersuchungen, die keinen signifikanten Unterschied in der Diabetesprävalenz von Menschen mit und ohne IB feststellen (Burke et al. 2014; de Winter et al. 2012a; García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2011; Morin et al. 2012). Die Ergebnisse zu Diabetes sind in Tabelle 19 detailliert dargestellt.

Kinder und Erwachsene

Bei einer schwedischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Flygare Wallen et al. 2018) mit 13.067 Kindern und Erwachsenen mit IB, die ärztliche Leistungen im Bezirk Stockholm in Anspruch nehmen, zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Diabetesprävalenz von Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB (IB: 5,2% vs. NIB: 5,9%; p=k.A.).

Erwachsene

Vier Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Balogh et al. 2015; Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018), die Diabetesdiagnosen aus Patientenakten von Erwachsenen mit IB und ohne IB vergleichen, zeigen konsistent eine höhere Prävalenz bei Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB (Spannweite IB: 6,4-16,3% vs. NIB: 3,4-10,7%). Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko aus Kanada (Balogh et al. 2015) mit 28.567 30- bis 69-Jährigen mit IB, die in den Gesundheitsdatenbanken von Ontario gelistet sind, berichtet

eine Diabetesprävalenz von 16,3 Prozent im Vergleich zu Personen ohne IB mit 10,7 Prozent (PR adjustiert 1,50, 95% KI 1,47-1,54).

Von sechs weiteren Publikationen (darunter je zwei Studien mit niedrigem (Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a), mit unklarem (Brehmer et al. 2008; Morin et al. 2012) und hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013; Magana et al. 2016)), die Diabetesprävalenzen auf Basis von Selbstangaben beschreiben, bestätigen eine britische Studie (Emerson et al. 2016a) mit 299 Personen mit IB (16-49 Jahre), basierend auf einer nationalen Zufallsstichprobe mit selbstberichteter IB, eine US-amerikanische Studie mit 325 Personen mit IB (ab 18 Jahren) aus einer nationalen Zufallsstichprobe (Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014) und eine weitere Studie mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013) mit 897 Serviceempfängerinnen und -empfängern mit IB aus Victoria (Australien) diese Ergebnisse. Drei Publikationen berichten entweder keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Diabetesprävalenz (Morin et al. 2012) oder legen keine statistischen Kennwerte für den Vergleich vor, darunter auch eine Studie aus Österreich (Brehmer et al. 2008; Magana et al. 2016).

Ältere Erwachsene

Sechs Publikationen berichten über Erwachsene ab 40, 44, 50 oder 55 Jahren mit inkonsistenten Ergebnissen. Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko (Axmon et al. 2017) mit 7.936 schwedischen Erwachsenen ab 55 Jahren, die in einem nationalen Register für Serviceleistungen für Menschen mit IB erfasst sind, zeigt eine statistisch signifikant höhere Diabetesprävalenz für Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB (14 vs. 11%; RR 1,23, 95% KI 1,13-1,35). Zwei Publikationen der niederländischen HA-ID-Studie zeigen widersprüchliche Ergebnisse: Bei einer Studie mit 980 ab 50-Jährigen mit IB (de Winter et al. 2012a) (niedriges Biasrisiko) kann kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Personen mit und ohne IB festgestellt werden (12,6 vs. 9,1%, KI überlappen sich), bei einer weiteren Publikation (mit unklarem Biarisiko), bezogen auf 154 Personen mit IB im Alter ab 55 Jahren, (Hermans et al. 2014) ist die Diabetesprävalenz bei Menschen mit IB statistisch signifikant höher als bei Menschen ohne IB (18,2 vs. 8,7%; p=0,000). Drei Publikationen mit unklarem Biasrisiko (Burke et al. 2014; García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2011) zeigen eine ähnliche selbstberichtete Diabetesprävalenz von Personen mit und ohne IB (Spannweite IB: 8,2-9,3% vs. NIB: 8,8-10,4%).

Tabelle 19: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Diabetes

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Erwachsene							
Flygare Wallen et al. (2018) (niedrig)	62	Diabetes	**IB** + **NIB**: elektronische Patientenakten	**IB + NIB**: ICD-10-Codes E10-E14 (Typ 1 und Typ 2 Diabetes)	**IB**: 5,2% (k.A.) **NIB**: 5,9% (k.A.)	**IB**: 688/13.067 (5,2%) **NIB**: 117.148/1.996.140 (5,9%)	p=k.A.
Erwachsene							
Balogh et al. (2015) (niedrig)	1	Diabetes	**IB + NIB**: verschiedene Gesundheits-datenbanken (zu Diagnosen, stationären Krankenhaus-entlassungen, Operationen am selben Tag, Besuchen in Notaufnahmen, Rückerstattungen für Ärzte/Ärztinnen)	**IB + NIB**: entweder: 1) 2 diagnostische Codes für Diabetes bei Abrechnung des Arztes/der Ärztin innerhalb von 2 Jahren oder 2) Krankenhausaufenthalt wegen Diabetes (ICD-9 250 and ICD-10 E10-E14)	**IB**: 16,3% (k.A.) **NIB**: 10,7% (k.A.)	**IB**: 4.661/28.567 (16,3%) **NIB**: 242.173/2.261.919 (10,7%)	PR 1,52, 95% KI 1,48–1,56; p=k.A. PR adjustiert 1,50, 95% KI 1,47–1,54; p=k.A., adjustiert für Geschlecht, Urbanisierungsgrad und Einkommen
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Diabetes	**IB**: persönliche Interviews	**IB**: k.A. (Selbstbericht) **NIB**: „Hatten Sie jemals Diabetes?“ (Selbstbericht)	**IB**: 5,8% **NIB**: 5,9%	**IB**: 11/190 (5,8%) **NIB**: 885/15.000 (5,9%)	k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			NIB: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)				
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Diabetes	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 6,9% (k.A.) **NIB**: 4,4% (k.A.)	**IB**: 1.017/14.751 (6,9%) **NIB**: 3.786/86.221 (4,4%)	PR 1,64, 95% KI 1,53-1,75; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Diabetes	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 6,6% (k.A.) **NIB**: 5,3% (k.A.)	**IB**: 531/8.014 (6,6%) **NIB**: 74.300/1.416.364 (5,3%)	OR 1,63, 95% KI 1,49–1,79; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Diabetes	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 6,4% (k.A.) **NIB**: 3,4% (k.A.)	**IB**: 46/721 (6,4%) **NIB**: 25.944/764.672 (3,4%)	Rate Ratio 1,88, 95% KI 1,41-2,51; p<0,001
Dixon-Ibarra et al. 2014	15	Diabetes	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB** + **NIB**: National Health Interview Survey (Selbstbericht)	**IB**: k.A. **NIB**: 4,4% (0,1)	**IB**: k.A. **NIB**: 5.385/122.395 (4,4%)	OR 1,36, 95% KI 0,79–2,34; p=k.A. OR adjustiert 2,34, 95% KI 1,30–4,22; p=k.A., adjustiert für Alter, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand und Arbeitsstatus
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Diabetes	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews	**IB** + **NIB**: Hat Ihnen ein Arzt/eine Ärztin oder eine andere medizinische Fachkraft jemals gesagt, dass Sie eine der auf dieser	**IB**: 6% **NIB**: 2%	**IB**: 18/299 (6%) **NIB**: 459/22.927 (2%)	OR 4,53, 95% KI 2,77-7,40; p<0,001 OR adjustiert 3,90, 95% KI 2,37-6,40; p<0,001, adjustiert

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				Karte aufgeführten Erkrankungen haben? Diabetes (Selbstbericht)			nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 2,44, 95% KI 1,47-4,07; p<0,01, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Diabetes	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: Wurde Ihnen jemals von einem Arzt/einer Ärztin gesagt, dass Sie Diabetes haben? (Selbstbericht)	**IB**: 8,9% (6,1 - 12,7) **NIB**: 5,8% (5,5 - 6,2)	**IB**: 80/897 (8,9%) **NIB**: 1.982/34.168 (5,8%)	stat. signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Magana et al. (2016) (hoch)	42	Diabetes	**IB** + **NIB**: Telefonumfrage	**IB + NIB**: jemals Diabetes diagnostiziert worden (Selbstbericht)	**IB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 39,2% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 32,7% Latino-Bevölkerung: 40,3% **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 36,3% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 24,5% Latino-Bevölkerung: 28,1%	**IB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 115/293 (39,2%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 201/615 (32,7%) Latino-Bevölkerung: 90/223 (40,3%) **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 11.619/32.007 (36,3%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung:	k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
						22.900/93.468 (24,5%) Latino-Bevölkerung: 13.756/48.954 (28,1%)	
Morin et al. (2012) (unklar)	47	Diabetes	**IB**: Selbstberichts-instrumente und Berichte von Auskunftspersonen durch Fragebögen **NIB**: Gesundheits-erhebung und Zensus	**IB** + **NIB**: k.A. (Selbstbericht)	**IB**: 8,3% **NIB**: 5,1%	**IB**: 65/789 (8,3%) **NIB**: k.A.	p>0,05
Erwachsene ab 40 Jahren							
Axmon et al. (2017) (niedrig)	72	Diabetes	**IB** + **NIB**: Registerdaten; Arzt-Aufzeichnungen aller stationären und ambulanten Facharztbesuche/-visiten in Schweden	**IB + NIB**: Diagnose gemäß International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) (E10-E14) und/oder Verschreibung antidiabetischer Medikamente	**IB**: 14% (k.A.) **NIB**: 11% (k.A.)	**IB**: 1.083/7.936 (14%) **NIB**: 880/7.936 (11%)	RR[5] 1,23, 95% KI 1,13–1,35; p=k.A.
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Diabetes	**IB + NIB**: Fragebogen und computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB + NIB**: Selbstbericht über die Diagnose eines Arztes/einer Ärztin	**IB**: 9,3% (k.A.) **NIB**: 8,8% (k.A.)	**IB**: k.A. (9,3%) **NIB**: k.A. (8,8%)	p=k.A.

[5] Das relative Risko, auch Risiko-Verhältnis oder Risk Ratio (kurz RR) genannt, gibt das relative Verhältnis von Personen der Gruppe A mit einer Erkraknung X zu den Personen von Gruppe B mit Erkrankung X an.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	11	Diabetes	**IB**: Blutuntersuchung **NIB**: k.A.	**IB**: Nüchternglukosewert im Serum > 6,1 mmol/l und/oder Einnahme von glukosesenkenden Medikamenten **NIB**: k.A.	**IB**: 12,6% (10,0–15,2) **NIB**: 9,1% (7,9–10,3)	**IB**: 77/611 (12,6%) **NIB**: 198/2.173 (9,1%)	Konfidenzintervalle zwischen IB und NIB überlappen sich p=k.A.
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Diabetes	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden? (Selbstbericht)	**IB**: 8,9% (k.A.) **NIB**: 10,4% (k.A.)	**IB**: 93/1.040 (8,9%) **NIB**:1.266/12.172 (10,4%)	OR 2,15, 95% KI k.A.; p=0,142
Hermans et al. (2014) (unklar)	63	Diabetes	**IB** + **NIB**: medizinische Patientenakten	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 18,2% (k.A.) **NIB**: 8,7% (k.A.)	**IB**: 22/154 (18,2%) **NIB**: 203/2.917 (8,7%) (Anm.: Die Daten von 584 TN (20%) fehlen.)	p<0,001
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Diabetes	**IB + NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB + NIB**: Selbstbericht über die Diagnose eines Arztes/einer Ärztin	**IB** + **NIB**: 8,2%	**IB** + **NIB**: k.A.	ähnliche Prävalenz für IB und NIB, p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio; RR=Relatives Risiko

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.6.2 Hypercholesterinämie

Drei Publikationen, davon eine mit niedrigem (de Winter et al. 2012a) und zwei mit unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2017a), berichten über die Stoffwechselstörung Hypercholesterinämie bei Patientinnen und Patienten mit und ohne IB in der Bevölkerung ab 44 Jahren. Über alle Publikationen hinweg zeigt sich eine niedrigere Prävalenz von Hypercholesterinämie bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB. Detaillierte Ergebnisse sind in Tabelle 20 gelistet.

Erwachsene

Die niederländische HA-ID-Studie mit niedrigem Biasrisiko (de Winter et al. 2012a) findet bei 611 Erwachsenen mit IB ab 50 Jahren, die von drei großen Serviceanbietern für Menschen mit IB betreut werden, eine signifikant niedrigere Prävalenz für Hypercholesterinämie (im Rahmen von Blutuntersuchungen) bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (21,9% vs. 38,2%; KI überlappen sich nicht; p=k.A.).

Zwei weitere Studien, jeweils mit unklarem Biasrisiko, die Daten mittels Fragebogen bei 1.040 Personen mit IB ab 44 Jahren (García-Domínguez et al. 2020) bzw. bei 609 Personen mit IB ab 46 Jahren (Zufallsstichprobe aus der irischen Datenbank für Menschen mit IB) (McCarron et al. 2017a) erhoben haben (ärztliche Diagnosen), bestätigen dieses Ergebnis (IB:16,6% vs. NIB 29,1%, OR 0,48, 95% KI k.A., p<0,001 bzw. IB: 36,5% vs. NIB 41,0%, p=k.A.).

Tabelle 20: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Hypercholesterinämie

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene ab 44 Jahren							
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	11	Hypercholesterinämie	**IB** + **NIB**: Blutuntersuchung	**IB**: Nüchterngesamtcholesterin im Serum > 6,5 mmol/l und/oder Einnahme von lipidsenkenden Medikamenten **NIB**: k.A.	**IB**: 21,9% (18,7–25,2) **NIB**: 38,3% (36,3–40,3)	**IB**: 134/611 (21,9%) **NIB**: 849/2.218 (38,3%)	Konfidenzintervalle zwischen IB und NIB überlappen sich nicht p=k.A.
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Hypercholesterolämie	**IB**: Fragebogen (ausgefüllt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB) **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistikinstitut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 16,6% (k.A.) **NIB**: 29,1% (k.A.)	**IB**: 173/1.040 (16,6%) **NIB**: 3.542/12.172 (29,1%)	OR 0,48, 95% KI k.A.; p<0,001
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	Hypercholesterinämie	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: Blutuntersuchung	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: Cholesterolwerte, Laboranalyse	**IB**: 36,5% (k.A.) **NIB**: 41% (k.A.)	**IB**: 220/603 (36,5%) **NIB**: k.A. (41%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) zählen weltweit zu den häufigsten Krankheiten und Todesursachen und haben aufgrund ihrer Häufigkeit eine große Public-Health-Bedeutung. Rund 32 Prozent aller Todesfälle weltweit sind auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen (Suttorp et al. 2020). Neben den gesellschaftlichen Krankheitskosten spielen dabei auch die individuellen Konsequenzen von HKE eine große Rolle, da diese mit hohen Einbußen in der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit verbunden sind (Griebler et al. 2015).

Einer der wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist der Bluthochdruck, der gemeinsam mit der koronaren Herzkrankheit (KHK), dem Schlaganfall, dem Vorhofflimmern, der Herzinsuffizienz und der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) im Folgenden näher betrachtet wird.

5.4.7.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt)

Fünf Publikationen, davon eine mit niedrigem (Emerson et al. 2016a), drei mit unklarem (Hermans et al. 2014; Jansen et al. 2013; Morin et al. 2012) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), berichten über Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) insgesamt, ohne auf bestimmte Krankheitsbilder einzugehen. Publikationen, die auf selbstberichteten Angaben beruhen (Emerson et al. 2016a; Haider et al. 2013; Morin et al. 2012), zeigen eine höhere generelle HKE-Prävalenz für Menschen mit IB vs. ohne IB. Kein einheitliches Bild zeigt sich hingegen bei Publikationen, die Informationen aus Krankenakten verwenden (Hermans et al. 2014; Jansen et al. 2013). Die Ergebnisse zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen generell sind in Tabelle 21 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Drei Studien, je eine mit niedrigem (Emerson et al. 2016a), unklarem (Morin et al. 2012) und hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), die auf Selbstangaben zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen beruhen und sich auf Erwachsene ab 15 (n=789), 16 (n=299) oder 19 Jahren (n=897) beziehen, zeigen höhere Prävalenzraten für Herzerkrankungen bei Personen mit IB als für Personen ohne IB (Spannweite IB: 3-8,6% vs. NIB: 1-6,7%).

Zwei niederländische Studien mit unklarem Biasrisiko (Hermans et al. 2014; Jansen et al. 2013) berichten über insgesamt 664 Personen mit IB im Alter ab 50 Jahren, die Serviceleistungen von Serviceeinrichtungen/-organisationen in Anspruch nehmen, und stützen sich

auf Krankenakten. Die Publikation der HA-ID-Studie (Hermans et al. 2014) zeigt eine statistisch signifikant niedrigere Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei ab 55-Jährigen mit versus ohne IB (14,4 vs. 22,9%; p=0,007), während die zweite Studie keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Lebenszeitprävalenz von Herzinfarkt und/oder Schlaganfall zwischen Menschen mit und ohne IB findet (5,7 vs. 4,4%; p=0,279) (Jansen et al. 2013).

Tabelle 21: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt)

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt oder anderer Mitarbeiter des Gesundheitssystems jemals diese Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert? Eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen: Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzinfarkt oder Myokardinfarkt, Schlaganfall	**IB**: 3% **NIB**: 1%	**IB**: 9/299 (3%) **NIB**: 229/22.927 (1%)	OR 3,91, 95% KI 1,90-8,02; p<0,001 OR adjustiert 3,34, 95% KI 1,62-6,89; p<0,01, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 2,02, 95% KI 0,97-4,23; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Herz-erkrankung	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 8,6% (6,1-11,8) **NIB**: 6,7% (6,3-7,0)	**IB**: 77/897 (8,6%) **NIB**: 2.289/34.168 (6,7%)	kein signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Morin et al. (2012) (unklar)	47	Herz-erkrankung	**IB**: Selbstberichts-instrumente und Berichte von Auskunftspersonen	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 7,2% **NIB**: 5,1%	**IB**: 57/789 (7,2%) **NIB**: k.A.	p<0,01

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			NIB: E'co Sante Datenbank				
Erwachsene ab 50 Jahre							
Hermans et al. (2014) (unklar)	63	Herz-erkrankung	**IB** + **NIB**: medizinische Falldaten	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 12,4% (k.A.) **NIB**: 22,9% (k.A.)	**IB**: 15/154 (12,4%) **NIB**: 538/2.917 (22,9%) (Anm.: Die Daten von 566 TN (19%) fehlen.)	p=0,007
Jansen et al. (2013) (unklar)	35	Herzinfarkt oder Schlaganfall (Lebenszeit-prävalenz)	**IB** + **NIB**: Daten aus Fallakten; ggf. Rückfragen bei zuständigem Arzt/ zuständiger Ärztin	**IB + NIB**: Ein Schlaganfall (CVA) wurde als eine akute Störung der zerebralen Durch-blutung mit fokal-neurologischen Symptomen definiert, die 24 Stunden oder länger andauert. Die Diagnose eines Myokardinfarkts (MI) musste auf der Grundlage der klinischen Symptome und der Elektrokardio-gramm-Untersuchung (EKG) und/oder der Laborergebnisse gestellt werden. Postiktale Hemiparalyse und stiller MI (EKG-Zeichen eines MI, aber Zeitpunkt des Auftretens konnte nicht festgestellt werden) wurden ausgeschlossen, ebenso wie CVA und MI vor dem 50. Lebensjahr	**IB**: 5,7% (4,0-8,1) **NIB**: 4,4% (3,1-6,0)	**IB**: 29/510 (5,7%) **NIB**: 36/823 (4,4%)	p=0,279

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.7.2 Koronare Herzkrankheit

Unter einer „koronaren Herzkrankheit“ (KHK, auch ischämische Herzkrankheit genannt) versteht man die durch Arteriosklerose (=Verkalkung) verursachte Verengung der Herzkranzgefäße (=Koronararterien), die eine Minderdurchblutung des Herzens verursacht. Die KHK kann in unterschiedlichen klinischen Ausprägungsformen auftreten, dazu gehören unter anderem die stabile und instabile Angina pectoris (Schmerzen/Beschwerden bei Belastung bzw. in Ruhe) sowie die stille Myokardischämie, eine Minderversorgung des Herzmuskels mit arteriellem Blut. Der akute Myokardinfarkt ist die akute Komplikation der KHK, bei dem ein vollständiger Verschluss und die damit einhergehende unterbrochene Sauerstoffversorgung zum Absterben von Muskelgewebe führt. Ein Myokardinfarkt kann je nach Lokalisation und Ausdehnung innerhalb kurzer Zeit zum plötzlichen Herztod führen. (Suttorp et al. 2020)

Sieben Publikationen, davon fünf mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; de Winter et al. 2016; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020) berichten über koronare Herzkrankheiten. Diese zeigen entweder eine niedrigere Prävalenz oder Inzidenz (de Winter et al. 2016) bei Menschen mit IB versus ohne IB oder keinen signifikanten Unterschied, unabhängig von der Erhebungsart (Selbstbericht oder Daten aus Patientenakten). Die Ergebnisse zu koronaren Herzkrankheiten sind in Tabelle 22 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Zwei Studien aus UK mit niedrigem Biasrisiko, die auf Daten aus Patientenakten zurückgreifen (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015), und eine Studie aus Österreich mit unklarem Biasrisiko, die auf Selbstangaben beruht (Brehmer et al. 2008), berichten niedrigere Prävalenzzahlen für KHK bei Erwachsenen mit IB im Vergleich zu Erwachsenen ohne IB. Die zwei größten Studien mit niedrigem Biasrisiko mit Daten von 14.751 (Carey et al. 2016) bzw. 8.014 (Cooper et al. 2015) Erwachsenen mit IB ab 18 Jahren, die Patientinnen und Patienten in englischen bzw. schottischen Hausarztpraxen sind, finden eine Prävalenz von koronaren Herzkrankheiten von 1,7 bzw. 2,0 Prozent bei Menschen mit IB und 2,7 bzw. 5,7 Prozent bei Menschen ohne IB (PR 0,65, 95% KI 0,57-0,74 (Carey et al. 2016) bzw. OR 0,43, 95% KI 0,37-0,51, p<0,001 (Cooper et al. 2015)). Eine österreichische Studie mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen ab 18 Jahren befragt wurden, die in insgesamt 15 Zentren in Wien und Niederösterreich Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nahmen, lässt eine etwas niedrigere Prävalenz von koronaren Herzkrankheiten bei Menschen

mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB vermuten (IB: 1,6 vs. NIB: 2,1%). Allerdings wurde keine statistische Prüfung dieses Unterschieds durchgeführt.

Laut einer niederländischen Studie (HA-ID) mit niedrigem Biasrisiko mit 790 Menschen mit IB im Alter ab 55 Jahren, die von drei großen Serviceanbietern für Menschen mit IB betreut werden (HA-ID-Studie), ist die Inzidenz von koronaren Herzkrankheiten (Myokardinfarkt und Angina pectoris) ähnlich der allgemeinen Bevölkerung (IB: 6,45 pro 100.000 vs. NIB: 7,26 pro 1.000 Personenjahre; KI überlappen sich, d. h. es gibt keinen signifikanten Unterschied; p=k.A.) (de Winter et al. 2016). Eine weitere große Studie mit unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020) zeigt bei 1.040 spanischen Personen über 44 Jahren mit IB, die Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, eine niedrigere Prävalenz von Myokardinfarkt als bei Personen ohne IB (IB: 0,6% vs. NIB: 2,4%; OR 0,25, 95% KI k.A.; p<0,001).

Tabelle 22: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Koronare Herzkrankheit

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Herzinfarkt	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 1,6% **NIB**: 2,1%	**IB**: 3/190 (1,6%) **NIB**: 315/15.000 (2,1%)	p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	koronare Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,7% (k.A.) **NIB**: 2,7% (k.A.)	**IB**: 244/14.751 (1,7%) **NIB**: 2.316/86.221 (2,7%)	PR 0,65, 95% KI 0,57-0,74; p-Wert k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	koronare Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 2,0% (k.A.) **NIB**: 5,7% (k.A.)	**IB**: 160/8.014 (2,0%) **NIB**: 81.307/1.416.364 (5,7%)	OR 0,43, 95% KI 0,37-0,51; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	koronare Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 3,5% (k.A.) **NIB**: 4,5% (k.A.)	**IB**: 25/721 (3,5%) **NIB**: 34.711/764.672 (4,5%)	Rate Ratio 0,76, 95% KI 0,52-1,13; p=0,1780
Dixon-Ibarra et al. 2014	15	koronare Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB** + **NIB**: National Health Interview Survey (Selbstbericht)	**IB**: k.A. **NIB**: 1,8% (0,1)	**IB**: k.A. **NIB**: 2.203/122.395 (1,8%)	OR 1,29, 95% KI 0,46-3,59; p=k.A. OR adjustiert 2,66, 95% KI 0,86-8,17; p=k.A., adjustiert für

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
							Alter, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand und Arbeitsstatus
Erwachsene ab 40 Jahre							
de Winter et al. (2016) (niedrig)	61	koronare Herzkrankheit (Myokard-infarkt und Angina pectoris)	**IB**: Eintrag durch Allgemeinmediziner/-in; ggf. Rückgriff auf medizinische Aktenhistorie **NIB**: Registerdaten des RIVM (niederländische Behörde für öffentliche Gesundheit und Umweltschutz)	**IB**: MCI = erhöhte Level kardialer Biomarker (Troponin I/T oder CKMB) sowie mindestens eines der folgenden Kriterien: -klinisches Bild entspricht einem Herzinfarkt -pathologische EKG Veränderungen, die einen Hinweis auf einen akuten MCI liefern oder pathologische q-Wellen -Verlust von Myokardgewebe oder abnormale Herzbewegungen bei transthorakaler Bildgebung -Identifizierung eines Thrombus bei Angiographie oder Autopsie oder: Herztod mit entsprechender MCI-Symptomatik und EKG-Veränderungen ohne erhöhte kardiale Enzyme **NIB**: k.A.	**IB**: Inzidenz 6,45 (95% KI 3,30-9,60) pro 1.000 Personenjahren (3 Jahre Follow-up) **NIB**: Inzidenz 7,26 (95% KI 7,19-7,33) pro 1.000 Personenjahren	n.a.	p=k.A., Konfidenzintervalle überlappen sich
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Myokard-infarkt	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines	**IB**: 0,6% (k.A.) **NIB**: 2,4% (k.A.)	**IB**: 6/1.040 (0,6%) **NIB**:292/12.172 (2,4%)	OR 0,25, 95% KI k.A.; p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?			

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.7.3 Schlaganfall

Acht Publikationen, davon vier mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; de Winter et al. 2016), drei mit unklarem (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020; Hermans et al. 2014) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), berichten über die Häufigkeit von Schlaganfällen bei Menschen mit und ohne IB. Drei dieser Studien (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; de Winter et al. 2016) inkludieren zusätzlich das Auftreten einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA), die als abgeschwächte Form eines Schlaganfalls bezeichnet werden kann und oftmals einem Schlaganfall vorausgeht.

Zwei Publikationen berichten eine statistisch signifikant höhere Schlaganfallprävalenz bei Menschen mit IB (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015), während fünf Publikationen keinen statistisch signifikanten Unterschied beschreiben (Cooper et al. 2018; de Winter et al. 2016; García-Domínguez et al. 2020; Haider et al. 2013; Hermans et al. 2014). Eine Publikation weist eine etwas geringere Schlaganfallprävalenz bei Menschen mit IB versus ohne IB aus, allerdings ohne statistische Prüfung dieses Unterschieds (Brehmer et al. 2008). Die detaillierten Ergebnisse sind inTabelle 23 dargestellt.

Erwachsene

Die größte Studie (niedriges Biasrisiko) (Carey et al. 2016) basiert auf einer Vollerhebung elektronischer Patientendaten von insgesamt 408 Hausarztpraxen in England, bei der 14.751 Patientenakten von Menschen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren aufgearbeitet wurden. Sie stellt fest, dass Schlaganfälle bei Personen mit IB häufiger auftreten als bei Personen ohne IB (IB: 1,8% vs. NIB: 1,1%; PR 1,74, 95% KI 1,52-1,98; p=k.A.). Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bei 8.014 Erwachsenen mit IB ab einem Alter von 18 Jahren berichtet, ebenfalls auf Basis von Patientenakten von insgesamt 314 Hausarztpraxen, eine etwas niedrigere Schlaganfallprävalenz bei Menschen mit IB versus ohne IB (IB: 2,1% vs. NIB: 2,6%), jedoch ein statistisch signifikant höheres Risiko (OR adjustiert für Alter, Geschlecht und Deprivation) für Menschen mit IB gegenüber der Vergleichsgruppe von Menschen ohne IB, einen Schlaganfall zu erleiden (OR 1,19, 95% KI 1,02-1,37; p=0,02).

Zwei weitere Studien mit kleineren Stichproben (721 bzw. 897 Personen mit IB ab 18 Jahren), eine mit einem niedrigen (Cooper et al. 2018) und eine mit einem hohen Biasrisiko

(Haider et al. 2013), zeigen keine signifikanten Unterschiede in puncto Schlaganfallprävalenz. Die schottische Studie beruht dabei auf Patientenakten (Cooper et al. 2018), die australische Studie auf computergestützten Telefoninterviews (Haider et al. 2013).

Unter den Studien zur Schlaganfallprävalenz ist auch eine österreichische Studie (unklares Biasrisiko) (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen ab 18 Jahren befragt wurden, die in insgesamt 15 Zentren in Wien und Niederösterreich Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nahmen. Der Vergleich der Schlaganfallprävalenz lässt auf eine niedrigere Prävalenz bei Personen mit IB schließen (IB: 1,1%, NIB: 2,2%), allerdings ohne inferenzstatistische Prüfung.

Ältere Erwachsene

Drei Studien, davon eine mit niedrigem (de Winter et al. 2016) und zwei mit unklarem (García-Domínguez et al. 2020; Hermans et al. 2014) Biasrisiko (n=154 bis 1.040 Personen mit IB), untersuchen die Schlaganfallprävalenz bzw. -inzidenz bei Personen mit IB ab dem mittleren Lebensalter (ab 50 (de Winter et al. 2016), 55 (Hermans et al. 2014) bzw. 44 Jahren (García-Domínguez et al. 2020)). Die Studien können keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IB- und NIB-Gruppe nachweisen (Inzidenz 4,03 vs. 4,00 pro 1.000 Personenjahre, überlappende KI (de Winter et al. 2016); Prävalenz 4,9% vs. 5,0%, p=0,961 (Hermans et al. 2014); Prävalenz 1,6% vs. 1,3%, OR 0,5, 95% KI k.A., p=0,483 (García-Domínguez et al. 2020)). Die Studien verwenden Daten aus Patientenakten (HA-ID-Studie) (de Winter et al. 2016; Hermans et al. 2014) oder Daten aus einer Fragebogenerhebung, die bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB durchgeführt wurde (García-Domínguez et al. 2020).

Tabelle 23: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke (TIA)

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Schlaganfall	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 1,1% **NIB**: 2,2%	**IB**: 2/190 (1,1%) **NIB**: 330/15.000 (2,2%)	p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Schlaganfall/ transitorische ischämische Attacke (TIA)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,8% (k.A.) **NIB**: 1,1% (k.A.)	**IB**: 267/14.751 (1,8%) **NIB**: 944/86.221 (1,1%)	PR 1,74, 95% KI 1,52-1,98; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Schlaganfall/ transitorische ischämische Attacke (TIA)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 2,1% (k.A.) **NIB**: 2,6% (k.A.)	**IB**: 171/8.014 (2,1%) **NIB**: 36.374/1.416.364 (2,6%)	OR 1,19, 95% KI 1,02-1,37; p=0,02
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Schlaganfall	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,8% (k.A.) **NIB**: 2,0% (k.A.)	**IB**: 13/721 (1,8%) **NIB**: 15.008/764.672 (2,0%)	Rate Ratio 0,92, 95% KI 0,53-1,58; p=0,7597

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Schlaganfall	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefon-interviews (CATI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 2,0% (1,3 – 3,3) **NIB**: 2,5% (2,3 – 2,8)	**IB**: 18/897 (2,0%) **NIB**: 854/34.168 (2,5%)	kein signifikanter Unterschied zw. IB & NIB
Erwachsene ab 44 Jahren							
de Winter et al. (2016) (niedrig)	61	Schlaganfall/ transitorische ischämische Attacke (TIA)	**IB**: Eintrag durch Allgemeinmediziner/-in; ggf. Rückgriff auf medizinische Aktenhistorie **NIB**: Registerdaten des RIVM (Behörde für öffentliche Gesundheit und Umweltschutz)	**IB**: eines der folgenden Kriterien: -fokale neurologische Defizite für >24h -Gehirnblutung im CT auszumachen -Ischämie im Durchflussgebiet einer der Hirnarterien mit passender klinischer Symptomatik **NIB**: k.A.	**IB**: Inzidenz 4,03 (95% CI: 1,54–6,52) pro 1.000 Personenjahren **NIB**: Inzidenz 4,00 (95% CI: 3,95-4,05) pro 1.000 Personenjahren	n.a.	p=k.A., Konfidenzintervalle überlappen sich
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Schlaganfall	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 1,6% (k.A.) **NIB**: 1,3% (k.A.)	**IB**: 17/1.040 (1,6%) **NIB**: 158/12.172 (1,3%)	OR 0,5, 95% KI k.A.; p=0,483

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene ab 44 Jahren							
Hermans et al. (2014) (unklar)	63	Schlaganfall	**IB** + **NIB**: Krankenakten der Patienten/ Patientinnen	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 4,9% (k.A.) **NIB**: 5,0% (k.A.)	**IB**: 6/154 (4,9%) **NIB**: 117/2.917 (5,0%) (Anm.: Die Daten von 585 TN (20%) fehlen.)	p=0,961

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.7.4 Vorhofflimmern

Der Outcome Vorhofflimmern wird in drei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018) berichtet. Alle drei Publikationen beziehen sich auf Erwachsene und wurden in UK durchgeführt. Eine Publikation (Cooper et al. 2015) zeigt eine niedrigere Prävalenz von Vorhofflimmern bei Menschen mit IB im Vergleich zur NIB-Gruppe, zwei Publikationen (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2018) finden hingegen keinen statistisch signifikanten Unterschied. Die Ergebnisse zum Vorhofflimmern sind in Tabelle 24 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Die größte Studie, eine Querschnittuntersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016), schließt Patientendaten von 14.751 Personen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren aus insgesamt 408 Hausarztpraxen in England ein und findet keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Prävalenz von Vorhofflimmern zwischen Menschen mit und ohne IB (IB: 0,8% vs. NIB: 1,0%; PR 0,91, 95% KI 0,75-1,09; p=k.A.). Eine weitere Studie mit niedrigem Biasrisiko aus Schottland (Gebiet Glasgow) (Cooper et al. 2018), die sich auf elektronische Patientendaten von insgesamt 721 Personen mit IB im Alter ab 18 Jahren aus einem Gesundheitsregister für Menschen mit IB stützt, zeigt in puncto Vorhofflimmern ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (IB: 1,0% vs. NIB: 1,3%; RR 0,75, 95% KI 0,36-1,56; p=0,438).

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bei 8.014 Erwachsenen mit IB ab einem Alter von 18 Jahren beziffert die Prävalenz von Vorhofflimmern bei Personen mit IB mit 0,8 Prozent und bei Personen ohne IB mit 1,7 Prozent. Menschen mit IB sind laut dieser Studie signifikant seltener von Vorhofflimmern betroffen als Menschen ohne IB (OR 0,83, 95% KI 0,61-0,98; p=0,03). Die Studie beruht genau wie die beiden anderen Untersuchungen auf Daten aus Patientenakten, in diesem Fall von 314 Hausarztpraxen in Schottland.

Tabelle 24: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Vorhofflimmern

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Vorhof-flimmern	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 0,8% (k.A.) **NIB**: 1,0% (k.A.)	**IB**: 122/14.751 (0,8%) **NIB**: 821/86.221 (1,0%)	PR 0,91, 95% KI 0,75-1,09; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Vorhof-flimmern	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,9% (k.A.) **NIB**: 1,7% (k.A.)	**IB**: 71/8.014 (0,9%) **NIB**: 23.905/1.416.364 (1,7%)	OR 0,83, 95% KI 0,61–0,98; p=0,03
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Vorhof-flimmern	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,0% (k.A.) **NIB**: 1,3% (k.A.)	**IB**: 7/721 (1,0%) **NIB**: 9.953/764.672 (1,3%)	Rate Ratio 0,75, 95% KI 0,36–1,56; p=0,4380

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.7.5 Herzinsuffizienz

Fünf Publikationen, davon vier mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; de Winter et al. 2016) und eine mit unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011), berichten Ergebnisse zum Outcome Herzinsuffizienz bei Menschen mit und ohne IB. Drei dieser Publikationen berichten von höheren Prävalenz- bzw. Inzidenzzahlen bei Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB, unabhängig davon, ob die ganze Erwachsenenbevölkerung (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2018) oder ältere Erwachsene (ab 50 Jahren) (de Winter et al. 2016) in die Untersuchung eingeschlossen wurden. Eine vierte Publikation dokumentiert ebenfalls eine höhere Prävalenz von Herzinsuffizienz bei älteren Erwachsenen mit IB (ab 41 Jahren), berichtet jedoch keine statistischen Kennwerte für den Vergleich (McCarron et al. 2011). Eine Publikation berichtet keine statistisch signifikanten Unterschiede (Cooper et al. 2015). Die Ergebnisse zur Herzinsuffizienz insgesamt sind in Tabelle 25 dargestellt.

Erwachsene

Zwei Studien aus UK mit niedrigem Biasrisiko, die sich auf elektronische Patientenakten aus insgesamt 408 Hausarztpraxen (Carey et al. 2016) bzw. aus einem Gesundheitsregister für Menschen mit IB beziehen (Cooper et al. 2018), zeigen höhere Zahlen für Herzinsuffizienz in der IB-Gruppe als in der NIB-Gruppe. Die größte Studie (Carey et al. 2016) untersucht insgesamt 14.751 Personen mit IB ab 18 Jahren und findet eine Herzinsuffizienz-Prävalenz von 0,8 Prozent bei Menschen mit IB und 0,4 Prozent bei Menschen ohne IB (PR 2,26, 95% KI 1,84-2,78; p=k.A.). Die zweite Studie (Cooper et al. 2018) untersucht eine kleinere Stichprobe von 721 Personen mit IB (ebenfalls ab 18 Jahren) und bestätigt dieses Ergebnis (IB: 2,5% vs. NIB 0,9%; RR 2,67, 95% KI 1,68-4,24; p<0,0001).

Eine Studie aus den Niederlanden, ebenfalls mit niedrigem Biasrisiko (de Winter et al. 2016), die insgesamt 790 Personen mit IB ab einem Alter von 50 Jahren inkludiert, die von drei großen Serviceanbietern für Menschen mit IB betreut werden, berichtet eine signifikant höhere Inzidenz von Herzinsuffizienz bei Patientinnen und Patienten mit IB im Vergleich zu jenen ohne IB (12,49 vs. 4,32 pro 1.000 Personenjahre, Konfidenzintervalle überlappen sich nicht; p=k.A.).

Eine irische Studie mit unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011), in der 753 Personen ab einem Alter von 41 Jahren aus einer nationalen Datenbank für Menschen mit IB mittels

computergestützten Telefoninterviews befragt wurden, lässt ebenfalls eine höhere Prävalenz von Herzinsuffizienz bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB vermuten (3,0% vs. 1,1%). Allerdings wurde keine inferenzstatistische Prüfung dieses Unterschieds berichtet.

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) untersucht die Prävalenz von Herzinsuffizienz bei 8.014 Erwachsene mit IB (18 Jahre oder älter). Sie kann auf der Grundlage von Patientenakten aus 314 schottischen Hausarztpraxen keine statistisch signifikanten Unterschiede feststellen (IB: 1,0% vs. NIB 1,3%; OR 1,1, 95% KI 0,98-1,43; p=0,33).

Tabelle 25: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Herzinsuffizienz

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Herz-insuffizienz	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 0,8% (k.A.) **NIB**: 0,4% (k.A.)	**IB**: 121/14.751 (0,8%) **NIB**: 324/86.221 (0,4%)	PR 2,26, 95% KI 1,84-2,78; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Herz-insuffizienz	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 1,0% (k.A.) **NIB**: 1,3% (k.A.)	**IB**: 82/8.014 (1,0%) **NIB**: 18.817/1.416.364 (1,3%)	OR 1,11 95% KI 0,89–1,43; p=0,33
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Herz-insuffizienz	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 2,5% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 18/721 (2,5%) **NIB**: 7.153/764.672 (0,9%)	Rate Ratio 2,67 95% KI 1,68-4,24; p<0,0001
Erwachsene ab 41 Jahren							
de Winter et al. (2016) (niedrig)	61	Herz-insuffizienz	**IB**: Eintrag durch Allgemeinmediziner/-in; ggf. Rückgriff auf medizinische Aktenhistorie **NIB**: Registerdaten des RIVM (niederländische	**IB**: zwei der folgenden drei Kriterien: - klinische Symptomatik einer Herzinsuffizienz - Symptome einer Herzinsuffizienz bei der physikalischen Krankenuntersuchung - Evidenz einer strukturellen oder	**IB**: Inzidenz 12,49 (95% CI: 8,12–16,87) pro 1.000 Personenjahren **NIB**: Inzidenz 4,32 (95% CI: 4,27–4,37) pro 1.000 Personenjahren	n.a.	p=k.A., Konfidenzintervalle überlappen sich nicht

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Inzidenz	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			Behörde für öffentliche Gesundheit und Umweltschutz)	funktionellen Herzinsuffizienz (Transthorakaler Ultraschall mit LvEF <45%) - diastolische Dysfunktion mit LVEF <45% mit linksventrikulärer Hypertrophie oder pathologischer Vergrößerung des linken Vorhofs **NIB**: k.A.			
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Herz-insuffizienz	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 3% **NIB**: 1,1% (k.A.)	**IB**: 26/753 (3%) **NIB**: k.A. (1,1%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.7.6 Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Drei Publikationen, davon zwei mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015) und eine mit unklarem Biasrisiko (de Winter et al. 2013), berichten über das Auftreten einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) bei Menschen mit und ohne IB. Die Ergebnisse deuten auf eine ähnliche oder geringere Prävalenz von Menschen mit IB hin. Eine Publikation präsentiert keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (Carey et al. 2016), eine Publikation kommt zum Ergebnis, dass Personen ohne IB häufiger eine pAVK entwickeln (Cooper et al. 2015) und die dritte Puplikation, die sich auf Personen ab 50 Jahren konzentriert, berichtet von einer höheren Erkrankungsprävalenz bei Personen mit versus ohne IB (de Winter et al. 2013). Die detaillierten Ergebnisse zum Outcome pAVK sind in Tabelle 26 dargestellt.

Erwachsene

Die größte Studie, eine repräsentative Querschnittstudie mit niedrigem Biasrisiko aus England, die sich auf elektronische Patientenakten von 14.751 Personen mit IB ab 18 Jahren aus insgesamt 408 Hausarztpraxen bezieht (Carey et al. 2016), stellt fest, dass sich die pAVK-Prävalenz bei Menschen mit und ohne IB (IB: 0,4% versus NIB: 0,5%) nicht signifikant unterscheidet (PR 0,9, 95% KI 0,69-1,17; p=k.A.).

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) untersucht die pAVK-Prävalenz bei 8.014 Erwachsenen mit IB (ab 18 Jahren), ebenfalls anhand von Patientenakten aus 314 Hausarztpraxen. Sie zeigt eine statistisch signifikant niedrigere pAVK-Prävalenz für die IB-Gruppe (0,7%) als für die NIB-Gruppe (1,6%; OR 0,44, 95% KI 0,33–0,60; p<0,001).

Eine niederländische Studie (HA-ID) mit unklarem Biasrisiko (de Winter et al. 2013) bei 629 Personen mit IB ab einem Alter von 50 Jahren, die von drei großen für Menschen mit IB betreut werden, zeigt (gemessen am Knöchel-Arm-Index) eine höhere pAVK-Prävalenz in der IB-Gruppe (17,4%) im Vergleich zur NIB-Gruppe (8,1%; Konfidenzintervalle zwischen den Gruppen überlappen sind nicht, d. h. es gibt eeinen signifikanten Unterschied; p=k.A.).

Aufgrund der Unterschiede zwischen den Studien, insbesondere der Studie von de Winter et al. (2013) gegenüber den beiden anderen Untersuchungen (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015) (deutlich kleinere Stichprobe, andere Messmethode), scheint eine Vergleichbarkeit der Studien nicht gegeben. Eine eindeutige Aussage, ob die pAVK öfter, gleich oft oder

seltener bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB vorkommt, ist daher nicht möglich.

Tabelle 26: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	periphere Verschluss-krankheit	**IB + NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 0,4% (k.A.) **NIB**: 0,5% (k.A.)	**IB**: 61/14.751 (0,4%) **NIB**: 423/86.221 (0,5%)	PR 0,90, 95% KI 0,69-1,17; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	periphere Verschluss-krankheit	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,7% (k.A.) **NIB**: 1,6% (k.A.)	**IB**: 46/8.014 (0,7%) **NIB**: 23.194/1.416.364 (1,6%)	OR 0,44, 95% KI 0,33–0,60; p<0,001
Erwachsene ab 50 Jahren							
de Winter et al. (2013) (unklar)	12	periphere arterielle Verschluss-krankheit	**IB**: Knöchel-Arm-Index **NIB**: k.A.	**IB**: Blutdruckmessungen an Arm und Knöcheln; pAVK bei Knöchel-Arm-Index<0,9; Borderline pAVK Knöchel-Arm-Index 0,9-0,99 **NIB**: k.A.	**IB**: 17,4% (14,3-20,6) **NIB**: 8,1% (6,3-9,8)	**IB**: 98/562 (17,4%) **NIB**: 74/917 (8,1%)	p=k.A., Konfidenzintervalle zwischen IB und NIB überlappen sich nicht

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.8 Krebs

Elf Publikationen, davon sechs mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a; Sandberg et al. 2017), vier mit unklarem (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020; Hermans et al. 2014; McCarron et al. 2011) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), berichten Ergebnisse zur Krebsprävalenz. Eine Publikation beschreibt zusätzlich zur allgemeinen Krebsprävalenz auch Ergebnisse zu drei Krebsformen im Speziellen (Brustkrebs, Gebärmutterkrebs und Dickdarmkrebs) (Sandberg et al. 2017).

Die vier Publikationen zeigen für Menschen mit IB eine niedrigere Krebsprävalenz als für Menschen ohne IB (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; García-Domínguez et al. 2020; Sandberg et al. 2017). Fünf Publikationen konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen Menschen mit und ohne IB feststellen (Cooper et al. 2018; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a; Haider et al. 2013; Hermans et al. 2014). Zwei Publikationen berichten keine statistischen Kennwerte für den Vergleich von Menschen mit und ohne IB (Brehmer et al. 2008; McCarron et al. 2011). Die Ergebnisse im Detail sind in Tabelle 27 aufgelistet.

Erwachsene

Zwei Studien (beide mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015)) berichten bei insgesamt 22.765 Erwachsenen mit IB im Alter ab 18 Jahren über eine niedrigere Krebsprävalenz bei Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB (IB: 1,6% vs. NIB: 2,4-3,1%). Die größere der beiden Studie (Carey et al. 2016) beruht auf Patientenakten aus 408 Hausarztpraxen in England und berichtet anhand von 14.751 erwachsenen Patientinnen und Patienten mit IB im Alter zwischen 18 und 84 Jahren eine signifikant niedrigere Krebsprävalenz in der IB-Gruppe als in der NIB-Gruppe (1,6% vs. 2,4%; PR 0,70, 95% KI 0,61-0,80; p=k.A.). Eine schottische Studie (Cooper et al. 2015), die ebenfalls auf der Grundlage einer Vollerhebung von Patientenakten aus insgesamt 314 Hausarztpraxen durchgeführt wurde und 8.014 Personen mit IB ab 18 Jahren inkludiert, bestätigt dieses Ergebnis (IB: 1,6% vs. NIB 3,1%; OR 0,69, 95% KI 0,58-0,83; p<0,001).

Fünf weitere Studien, davon drei mit niedrigem (Cooper et al. 2018; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a), eine mit unklarem (Brehmer et al. 2008) (aus Österreich) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), die ebenfalls die Erwachsenenpo-

pulation ab 18 bzw. 16 Jahren (Emerson et al. 2016a) mit insgesamt 2.432 Personen untersuchten, berichten keine nennenswerten Unterschiede in der Krebsprävalenz bei Menschen mit und ohne IB (IB: 1,0%-4,8% vs. NIB: 0,9%-6,6). Eine Studie nutzt Daten aus einem Gesundheitsregister für Menschen mit IB (Cooper et al. 2018), während alle anderen Studien auf Befragungsdaten computergestützter persönlicher Interviews beruhen.

Vier Studien, davon eine mit niedrigem (Sandberg et al. 2017) und drei mit unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020; Hermans et al. 2014; McCarron et al. 2011), untersuchen die eher ältere Population mit IB (ab 41 (McCarron et al. 2011), 44 (García-Domínguez et al. 2020) bzw. 55 Jahren (Hermans et al. 2014; Sandberg et al. 2017)). Die größte dieser Studien, eine schwedische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Sandberg et al. 2017), die sich auf Daten des Nationalen Gesundheits- und Sozialamtes von insgesamt 7.936 Personen bezieht, beziffert die Krebsprävalenz in der IB-Gruppe mit 5,3 Prozent versus 6,6 Prozent in der NIB-Gruppe. Demnach sind Patientinnen und Patienten mit IB im Allgemeinen seltener von Krebs betroffen (OR 0,79, 95% KI 0,69-0,90; p<0,001). Die in dieser Studie ausgewerteten Daten zu spezifischen Krebserkrankungen (Brustkrebs, Gebärmutterkrebs, Dickdarmkrebs) lassen allerdings keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen erkennen. Eine Studie aus Spanien (García-Domínguez et al. 2020), in der Angaben zu 1.040 Personen mit IB ab 44 Jahren gesammelt wurden, die bei vier Servicedachverbandsanbietern in 34 von 50 spanischen Provinzen Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, kommt ebenfalls zum Ergebnis, dass Menschen mit IB seltener von Krebserkrankungen betroffen sind als die Bevölkerung ohne IB (IB: 2,4% vs. NIB: 4,3%; OR 0,54, 95% KI k.A.; p=0,004). Und auch eine irische Studie bei 753 Personen mit IB ab 55 Jahren (Befragungsdaten) (McCarron et al. 2011) berichtet eine höher Krebsprävalenz in der NIB-Gruppe (IB: 4,3% vs. NIB: 6,1%; p=k.A.). Nur eine niederländische Studie bei 154 Erwachsenen mit IB ab 55 Jahren (basierend auf Patientenakten) (Hermans et al. 2014) berichtet keinen signifikanten Unterschied in der Krebsprävalenz von Menschen mit und ohne IB (IB: 7,4% vs. NIB: 10,8; p=0,228).

.

Tabelle 27: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krebs

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Krebs	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 3,7% **NIB**: 3,6%	**IB**: 7/190 (3,7%) **NIB**: 540/15.000 (3,6%)	p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Krebs	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,6% (k.A.) **NIB**: 2,4% (k.A.)	**IB**: 238/14.751 (1,6%) **NIB**: 2.090/86.221 (2,4%)	PR 0,70, 95% KI 0,61-0,80; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Krebs	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 1,6% (k.A.) **NIB**: 3,1% (k.A.)	**IB**: 131/8.014 (1,6%) **NIB**: 43.533/1.416.364 (3,1%)	OR 0,69, 95% KI 0,58-0,83; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Krebs	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,0% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 7/721 (1,0%) **NIB**: 6.528/764.672 (0,9%)	Rate Ratio 1,14, 95% KI 0,54-2,39; p=0,7336
Dixon-Ibarra/Horner-Johnson (2014) (niedrig)	15	Krebs	**IB + NIB**: Interviews	**IB** + **NIB**: National Health Interview Survey (Selbstbericht)	**IB**: k.A. **NIB**: 4,8% (0,1)	**IB**: k.A. **NIB**: 5.875/122.395 (4,8%)	OR 0,49, 95% KI 0,24-1,01; p=k.A. OR adjustiert 0,93, 95% KI 0,42–2,04; p=k.A., adjustiert nach Alter, Geschlecht,

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
							Ethnizität, Familienstand und Arbeitsstatus
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Krebs	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt/eine Ärztin oder andere(r) Mitarbeiter/-in des Gesundheitssystems jemals diese Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?	**IB**: 2% **NIB**: 1%	**IB**: 6/299 (2%) **NIB**: 229/22.927 (1%)	OR 2,64, 95% KI 1,07-6,49; p<0,05 OR adjustiert 2,14, 95% KI 0,87-5,29; p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 1,65, 95% KI 0,66-4,17; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Krebs	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 4,6% (2,7 - 7,7) **NIB**: 6,6% (6,2 - 6,9)	**IB**: 41/897 (4,6%) **NIB**: 2.255/34.168 (6,6%)	kein stat. signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Erwachsene ab 41 Jahren							
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Krebs	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines	**IB**: 2,4% (k.A.) **NIB**: 4,3% (k.A.)	**IB**: 25/1.040 (2,4%) **NIB**: 523/12.172 (4,3%)	OR 0,54, 95% KI k.A.; p=0,004

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?			
Hermans et al. (2014) (unklar)	63	Krebs	**IB** + **NIB**: Krankenakten	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 7,4% (k.A.) **NIB**: 10,8% (k.A.)	**IB**: 9/154 (7,4%) **NIB**: 255/2.917 (10,8%) (Anm.: Die Daten von 562 TN (19%) fehlen.)	p=0,228
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Krebs	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 4,3% (k.A.) **NIB**: 6,1% (k.A.)	**IB**: k.A. (4,3%) **NIB**: k.A. (6,1%)	p=k.A.
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	Krebs (Brust, C50)	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Chapter II: C50	**IB** + **NIB**: 1,3% (k.A.)	**IB**: 106/7.936 (1,3%) **NIB**: 101/7.936 (1,3%)	OR 1,05, 95% KI 0,80-1,38; p=0,727
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	Krebs (Corpus Uteri, C54)	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Chapter II: C54	**IB** + **NIB**: 0,4% (k.A.)	**IB**: 33/7.936 (0,4%) **NIB**: 28/7.936 (0,4%)	OR 1,18, 95% KI 0,71-1,95; p=0,522

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	Krebs (Dickdarm, C18)	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Chapter II: C18	**IB**: 0,3% (k.A.) **NIB**: 0,4% (k.A.)	**IB**: 26/7.936 (0,3%) **NIB**: 33/7.936 (0,4%)	OR 0,79, 95% KI 0,47-1,32; p=0,362
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	Krebs (gesamt, C00-D48)	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Chapter II: C00-D48	**IB**: 5,3% (k.A.) **NIB**: 6,6% (k.A.)	**IB**: 419/7.936 (5,3%) **NIB**: 523/7.936 (6,6%)	OR 0,79, 95% KI 0,69-0,90; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.9 Krankheiten des Auges

5.4.9.1 Glaukom (Grüner Star)

Zwei Publikationen, davon eine mit niedrigem (Cooper et al. 2015) und eine mit unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011), berichten über die Prävalenz von Grünem Star. Sie deuten auf eine ähnliche Prävalenz bei Menschen mit und ohne IB hin. Die Ergebnisse zum Outcome Glaukom sind in Tabelle 28 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine Studie mit niedrigem Biasrisiko aus Schottland (Cooper et al. 2015), die Daten von 8.014 Personen mit IB ab 18 Jahren aus Allgemeinarztpraxen untersucht, zeigt keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Prävalenz von Grünem Star (Glaukom) bei Menschen mit und ohne IB (IB: 0,9 vs. NIB: 1,1%; OR 1,17, 95% KI 0,92-1,48).

Eine irische Studie mit unklarem Biasrisiko (Studie IDS-TILDA, Wave 1) (McCarron et al. 2011), in der 753 Personen ab 41 Jahren aus einer nationalen Datenbank für Menschen mit IB mittels computergestützten Telefoninterviews befragt wurden, lässt eine niedrigere Glaukomprävalenz (Grüner Star) bei Menschen mit IB gegenüber Menschen ohne IB erkennen (IB: 1,3% vs. NIB: 2,4%; p=k.A.). Allerdings fehlen Angaben zur Inferenzstatistik.

5.4.9.2 Katarakt (Grauer Star)

Drei Publikationen mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2011), berichten über die Prävalenz von Grauem Star. Sie liefern widersprüchliche Ergebnisse. Die Ergebnisse zum Outcome Katarakt sind in Tabelle 28 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine Studie mit unklarem Biasrisiko aus Spanien (García-Domínguez et al. 2020) bei 1.040 Menschen mit IB ab 44 Jahren, die bei vier Servicedachverbandsanbietern in 34 von 50 spanischen Provinzen Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, berichtet auf Basis ausgefüllter Fragebögen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen

für Menschen mit IB keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Prävalenz von Grauem Star (Katarakt) (9,9 vs. 9,0%; OR 1,1, 95% KI k.A.; p=0,342).

Eine irische Studie mit ebenfalls unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011), in der 753 Personen ab einem Alter von 41 Jahren aus einer nationalen Datenbank für Menschen mit IB mittels computergestützten Telefoninterviews befragt wurden, stellt eine etwas niedrigere Prävalenz von Grauem Star bei Menschen mit IB versus ohne IB fest (IB: 13,1% vs. NIB: 11,3%).

Im Gegensatz dazu berichtet eine Studie aus Österreich (unklares Biasrisiko) (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen mit IB ab 18 Jahren befragt wurden, dass Personen mit IB häufiger von Grauem Star (Katarakt) betroffen sind als Menschen ohne IB (IB: 8,4 vs. NIB: 6,5%).

Die beiden letztgenannten Studien beruhen auf Selbstangaben und berichten keine Inferenzstatistik.

5.4.9.3 Makuladegeneration

Eine irische Studie mit unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011), in der 753 Personen ab einem Alter von 41 Jahren aus einer nationalen Datenbank für Menschen mit IB mittels computergestützten Telefoninterviews befragt wurden, berichtet eine höherer Prävalenz in Sachen Makuladegeneration bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (IB: 2,8% vs. NIB: 1,7%). Die Studie beruht auf Selbstangaben und berichtet keine Inferenzstatistik. Detailergebnisse zur Studie sind in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Auges

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Glaukom							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Glaukom (Grüner Star)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,9% (k.A.) **NIB**: 1,1% (k.A.)	**IB**: 72/8.014 (0,9%) **NIB**: 15.847/1.416.364 (1,1%)	OR 1,17, 95% KI 0,92-1,48; p=0,18
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Glaukom (Grüner Star)	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 1,3% (k.A.) **NIB**: 2,4% (k.A.)	**IB**: k.A. (1,3%) **NIB**: k.A. (2,4%)	p=k.A.
Katarakt							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Katarakt (Grauer Star)	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 8,4% (k.A.) **NIB**: 6,5% (k.A.)	**IB**: 16/190 (8,4%) **NIB**: 975/15.000 (6,5%)	p=k.A.
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Katarakt (Grauer Star)	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 9,9% (k.A.) **NIB**: 9% (k.A.)	**IB**: 103/1.040 (9,9%) **NIB**: 1.095/12.172 (9%)	OR 1,1, 95% KI k.A.; p=0,342

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			NIB: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien				
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Katarakt (Grauer Star)	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 13,1% (k.A.) **NIB**: 11,3% (k.A.)	**IB**: k.A. (13,1%) **NIB**: k.A. (11,3%)	p-Wert k.A.
Makulade-generation							
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Makula-degeneration	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 2,8% (k.A.) **NIB**: 1,7% (k.A.)	**IB**: k.A. (2,8%) **NIB**: k.A. (1,7%)	p-Wert k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.10 Krankheiten des Nervensystems

Fünf Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; Emerson et al. 2016a; Sandberg et al. 2017) berichten über Krankheiten des Nervensystems. Über alle Publikationen hinweg zeigt sich eine statistisch signifikant höhere Prävalenz von Epilepsie bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB. Eine Publikation (Cooper et al. 2015) berichtet zudem über Morbus Parkinson und Multiple Sklerose, wobei Menschen mit IB eine höhere Prävalenz in puncto Morbus Parkinson und eine niedrigere Prävalenz bei Multipler Sklerose aufweisen als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse zu den genannten Outcomes sind in Tabelle 29 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Zwei schottische Studien (Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018) mit niedrigem Biasrisiko, basierend auf Patientendaten aus 314 Hausarztpraxen bzw. auf Basis aller Patientendaten aus dem Gesundheitsregister für Menschen mit IB im Raum Glasgow, sowie eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko basierend auf Patientendaten aus 408 Hausarztpraxen (Carey et al. 2016) berichten über die Prävalenz von Epilepsie bei insgesamt 23.486 Erwachsenen mit IB über 18 Jahren. Alle Studien berichten konsistent von einem statistisch signifikant höheren Anteil von Menschen mit IB, die an Epilepsie leiden (Spannweite IB: 18,5-28,2% vs. NIB: 0,7-0,8%; p=k.A.).

Eine weitere Studie mit niedrigem Biasrisiko aus Schweden (Sandberg et al. 2017) zeigt ähnliche Ergebnisse. Bei einer Vollerhebung aller Patientinnen und Patienten mit IB aus dem Register des Nationalen Gesundheits- und Sozialamtes wurde nach einem Data Matching nach Geburtsjahr und Geschlecht bei Erwachsenen mit IB ab 55 Jahren eine statistisch signifikant höhere Prävalenz von Epilepsie festgestellt als bei Menschen ohne IB (IB: 12,9% vs. NIB: 0,6%; OR 25,38; p<0,001).

Eine Studie aus UK mit niedrigem Biasrisiko (Emerson et al. 2016a) basierend auf einer Zufallsstichprobe privater Haushalte zeigte bei 299 Menschen mit IB ebenfalls eine höhere Prävalenz von Epilepsie als bei Menschen ohne IB, wobei die Prävalenz deutlich geringer ausfällt als bei den zuvor angeführten Studien (IB: 2% vs. NIB: 1%; OR 2,52, 95% KI 1,11-5,74; p<0,05). Diese Unterschiede sind möglicherweise auf das Studiendesign (Vollerhebung Patientenakten versus Stichprobe Selbstangaben) sowie auf das Alter der Studienteilnehmer/-innen (16 bis 49 Jahre) zurückzuführen. Adjustiert man das Ergebnis nach Alter,

Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und Sozialkapital der Nachbarschaft, verschwindet das statistisch signifikante Chancenverhältnis (OR adjustiert 1,67, 95% KI 0,72-3,84; p>0,05).

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015), die Patientendaten aus 314 Hausarztpraxen von 8.014 Menschen mit IB (18 bis 84 Jahre) berücksichtigt, weist für Menschen mit IB eine statistisch signifikant höhere Prävalenz für Morbus Parkinson (IB: 0,4 vs. NIB: 0,2%; OR 2,83, 95% KI 1,95-4,13; p<0,001) und eine signifikant niedrigere Prävalenz für Multiple Sklerose aus als für Menschen ohne IB (IB: 0,1 vs. NIB: 0,3%; OR 0,49, 95% KI 0,25-0,96; p=0,03).

Tabelle 29: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Nervensystems

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Epilepsie	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Eintrag im Quality-and-Outcomes-Framework-Register, zusätzlich eine kürzliche Verschreibung	**IB**: 18,5% (k.A.) **NIB**: 0,7% (k.A.)	**IB**: 2.731/14.751 (18,5%) **NIB**: 633/86.221 (0,7%)	PR 25,33, 95% KI 23,29-27,57; p= k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Epilepsie	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 18,8% (k.A.) **NIB**: 0,8% (k.A.)	**IB**: 1.508/8.014 (18,8%) **NIB**: 10.876/1.416.364 (0,8%)	OR 31,03, 95% KI 29,23-32,92; p<0,001
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Morbus Parkinson / Parkinson-ismus	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,4% (k.A.) **NIB**: 0,2% (k.A.)	**IB**: 28/8.014 (0,4%) **NIB**: 2.713/1.416.364 (0,2%)	OR 2,83, 95% KI 1,95-4,13; p<0,001
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Multiple Sklerose	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,1% (k.A.) **NIB**: 0,3% (k.A.)	**IB**: 9/8.014 (0,1%) **NIB**: 3.838/1.416.364 (0,3%)	OR 0,49, 95% KI 0,25-0,96; p=0,03
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Epilepsie	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Diagnose aus den Krankenakten	**IB**: 28,2% (k.A.) **NIB**: 0,8% (k.A.)	**IB**: 203/721 (28,2%) **NIB**: 6.268/764.672 (0,8%)	Rate Ratio 34,35, 95% KI 29,93-29,41; p<0,0001
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Epilepsie	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt/eine Ärztin oder andere(r) Mitarbeiter/-in des Gesundheitssystems jemals diese	**IB**: 2% (k.A.) **NIB**: 1% (k.A.)	**IB**: 6/299 (2%) **NIB**: 229/22.927 (1%)	OR 2,52, 95% KI 1,11-5,74; p<0,05 OR adjustiert 2,53, 95% KI 1,11-5,76;

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?			p<0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 1,67, 95% KI 0,72-3,84; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	Epilepsie	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Kapitel VI: G40	**IB**: 12,9% (k.A.) **NIB**: 0,6% (k.A.)	**IB**: 1.023/7.936 (12,9%) **NIB**: 46/7.936 (0,6%)	OR 25,38; p<0,001 Zahlen für Konfidenzintervall der Studie Sandberg et al. 2017 nicht plausibel und daher nicht angeführt

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.11 Chronisch entzündliche Hautkrankheiten

Eine Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) zu chronisch entzündlichen Hautkrankheiten bei Menschen mit und ohne IB berichtet eine höhere Prävalenz bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB. Detaillierte Ergebnisse sind in Tabelle 30 gelistet.

Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bei 8.014 Erwachsenen mit IB (ab 18 Jahren), die auf Patientenakten aus 314 Hausarztpraxen beruht, kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen mit IB häufiger von Psoriasis (Schuppenflechte) und Ekzemerkrankungen betroffen sind (Prävalenz 1,7%) als Menschen ohne IB (Prävalenz 0,7%; OR 2,42, 95% KI 1,03-2,87; p<0,001).

Tabelle 30: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Hautkrankheiten

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Psoriasis oder Ekzeme	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 1,7% (k.A.) **NIB**: 0,7% (k.A.)	**IB**: 132/8.014 (1,7%) **NIB**: 10.237/1.416.364 (0,7%)	OR 2,42, 95% KI 2,03-2,87; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wer

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.12 Krankheiten der Schilddrüse

Sechs Publikationen, davon vier mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; Emerson et al. 2016a) und zwei mit unklarem (García-Domínguez et al. 2020; Morin et al. 2012) Biasrisiko, berichten über Krankheiten der Schilddrüse. Drei Studien (Cooper et al. 2015; García-Domínguez et al. 2020; Morin et al. 2012) finden eine signifikant höhere Erkrankungsprävalenz bei Menschen mit IB verglichen mit Menschen ohne IB, ohne dabei zwischen Schilddrüsenunterfunktion bzw. -überfunktion zu unterscheiden. Zwei Studien (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2018) stellen eine signifikant höhere Prävalenz von Schilddrüsenunterfunktion bei Menschen mit IB versus ohne IB fest. Eine Studie (Emerson et al. 2016a) findet keinen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen bei Menschen mit und ohne IB. Die Ergebnisse zu Krankheiten der Schilddrüse sind in Tabelle 31 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine Vollerhebung elektronischer Patientendaten von insgesamt 408 Hausarztpraxen in England (Carey et al. 2016) mit niedrigem Biasrisiko zeigt bei 14.751 Menschen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren eine statistisch signifikant höhere Prävalenz einer Schilddrüsenunterfunktion als bei Menschen ohne IB (IB: 7,9 vs. NIB: 3,1%; PR 2,69, 95% KI 2,52-2,87; p=k.A.). Zwei weitere Studien mit niedrigem Biasrisiko aus Schottland, die Daten von 8.014 (Cooper et al. 2015) bzw. 721 (Cooper et al. 2018) Personen mit IB ab 18 Jahren aus Allgemeinarztpraxen ausgewertet haben, zeigen ähnliche Ergebnisse in puncto Schilddrüsenerkrankung bzw. Schilddrüsenunterfunktion (IB: 7,9 bzw. 5,3% vs. NIB: 5,0 bzw. 2,8%; OR 2,36, 95% KI 2,173-2,58 (Cooper et al. 2015) bzw. Rate Ratio 1,87, 95% KI 1,36-2,57 (Cooper et al. 2018)).

Zwei Studien mit unklarem Biasrisiko aus Kanada (Morin et al. 2012) und Spanien (García-Domínguez et al. 2020) berichten über Schilddrüsenerkrankungen in der Bevölkerung mit IB. Die Studien zeigen bei 789 Menschen mit IB ab 15 Jahren, die von 22 Institutionen Leistungen für Menschen mit IB erhalten, bzw. bei 1.040 Menschen mit IB ab einem Alter von 44 Jahren, die bei vier Servicedachverbandsanbietern in 34 von 50 spanischen Provinzen Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, statistisch signifikant höhere Prävalenzraten für Schilddrüsenerkrankungen als bei Menschen ohne IB (IB: 11,2 vs. NIB: 6,7%, p<0,001 (Morin et al. 2012) bzw. IB: 12,4 vs. NIB: 7,7%, OR 1,70, 95% KI k.A., p<0,001 (García-Domínguez et al. 2020)).

Eine UK-Studie mit niedrigem Biasrisiko (Emerson et al. 2016a) stellt auf Basis einer nationalen Zufallsstichprobe von 299 Menschen mit IB im Alter von 16 bis 49 Jahren keinen signifikanten Unterschied in der Prävalenzrate von Schilddrüsenerkrankungen zwischen Personen mit und ohne IB fest (OR 1,20, 95% KI 0,49-2,93; OR adjustiert 0,95, 95% KI 0,39-2,33; p>0,05).

Tabelle 31: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten der Schilddrüse

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Schilddrüsen-unterfunktion	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Eintrag im Quality-and-Outcomes-Framework-Register, zusätzlich eine kürzliche Verschreibung	**IB**: 7,9% (k.A.) **NIB**: 3,1% (k.A.)	**IB**: 1.169/14.751 (7,9%) **NIB**: 2.649/86.221 (3,1%)	PR 2,69, 95% KI 2,52-2,87; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Thyreo-toxikose/ Schilddrüsen-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 7,9% (k.A.) **NIB**: 5,0% (k.A.)	**IB**: 629/8.014 (7,9%) **NIB**: 71.314/1.416.364 (5,0%)	OR 2,36, 95% KI 2,17-2,58; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Schilddrüsen-unterfunktion	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 5,3% (k.A.) **NIB**: 2,8% (k.A.)	**IB**: 38/721 (5,3%) **NIB**: 21.559/764.672 (2,8%)	Rate Ratio 1,87, 95% KI 1,36-2,57; p=0,0001
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Erkrankungen der Schilddrüse	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt/eine Ärztin oder andere(r) Mitarbeiter/-in des Gesundheitssystems jemals diese Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?	**IB** + **NIB**: 2% (k.A.)	**IB**: 6/299 (2%) **NIB**: 459/22.927 (2%)	OR 1,20, 95% KI 0,49-2,93; p>0,05 OR adjustiert 0,95, 95% KI 0,39-2,33; p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 0,78, 95% KI 0,31-1,93; p>0,05, adjustiert nach Alter,

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
							Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Morin et al. (2012) (unklar)	47	Hyper- oder Hypothyreose	**IB**: Selbstberichts-instrumente und Berichte von Auskunftspersonen durch Fragebögen **NIB**: E'co Sante Datenbank (französische Gesundheits-datenbank)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 11,2% (k.A.) **NIB**: 6,7% (k.A.)	**IB**: 88/789 (11,2%) **NIB**: k.A.	p<0,001
Erwachsene ab 44 Jahren							
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Schilddrüsen-erkrankungen	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 12,4% (k.A.) **NIB**: 7,7% (k.A.)	**IB**: 129/1.040 (12,4%) **NIB**: 937/12.172 (7,7%)	OR 1,70, 95% KI k.A.; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.13 Krankheiten des Urogenitalsystems

Vier Publikationen, davon drei mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018) und eine mit unklarem Biasrisiko (de Winter et al. 2014), berichten über Krankheiten des Urogenitalsystems. Alle Publikationen weisen Ergebnisse zur Prävalenz einer chronischen Nierenerkrankung aus, eine Publikation berichtet zusätzlich über die Häufigkeit von Prostataerkrankungen (Cooper et al. 2015). Eine Publikation mit niedrigem Biasrisiko berichtet von einer signifikant höheren Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen bei Menschen mit IB (Carey et al. 2016), während drei Publikationen, zwei mit niedrigem (Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018) und eine mit unklarem Biasrisiko (de Winter et al. 2014), keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne IB zeigen. Die Ergebnisse zum Outcome Krankheiten des Urogenitalsystems sind in Tabelle 32 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Die größte Studie, eine Vollerhebung elektronischer Patientendaten von insgesamt 408 Hausarztpraxen in England (Carey et al. 2016) mit niedrigem Biasrisiko, zeigt bei 14.751 Menschen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren eine statistisch signifikant höhere Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen als bei Menschen ohne IB (IB: 3,2 vs. NIB: 2,1%; PR 1,64, 95% KI 1,49-1,82; p=k.A.). Analog berichtet eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2018) bei 721 Erwachsenen mit IB aus dem Großraum Glasgow, die in einem Gesundheitsregister für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung registriert sind, von einer ebenfalls höheren Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen bei Menschen mit IB als ohne IB, ohne jedoch statistische Signifikanz zu erreichen (IB: 2,1% vs. NIB: 1,6%; Rate Ratio 1,33, 95% KI 0,80–2,20; p>0,05).

Im Gegensatz dazu berichten zwei Studien von einer geringeren Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen bei Menschen mit IB. Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bei 8.014 Erwachsenen mit IB (ab 18 Jahren), die auf Patientenakten aus 314 Hausarztpraxen beruht, zeigt für Menschen mit IB eine etwas niedrigere Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen als für Menschen ohne IB (IB: 1,7% vs. NIB: 2,4%; OR 1,11, 95% KI 0,93-1,32; p>0,05). Der Unterschied ist aber wie bei der Studie von Cooper et al. (2018) statistisch nicht signifikant. Eine niederländische Studie (HA-ID) mit unklarem Biasrisiko (de Winter et al. 2014), in der bei 635 Menschen mit IB, die durch drei Serviceorganisationen betreut werden, eine Blutuntersuchung durchgeführt wurde, zeigt ebenso eine

etwas niedrigere Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen bei Menschen mit IB im Vergleich zur NIB-Gruppe (IB: 10,7% vs. NIB: 12,2%; p=k.A.). In dieser Studie werden allerdings keine p-Werte berichtet und die Konfidenzintervalle überlappen sich, d. h. es gibt keinen signifikanten Unterschied.

Ergebnisse zur Prävalenz von Prostataerkrankungen werden ausschließlich in der schottischen Studie (Cooper et al. 2015) berichtet. Dabei zeigt sich eine statistisch signifikant geringere Prävalenz von Prostataerkrankungen bei Menschen mit IB im Vergleich zur Gruppe ohne IB (IB: 0,5% vs. NIB: 1,1%; OR 0,60, 95% KI 0,44-0,82; p=0,01).

Tabelle 32: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Urogenitalsystems

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	chronische Nieren-erkrankung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 3,2% (k.A.) **NIB**: 2,1% (k.A.)	**IB**: 468/14.751 (3,2%) **NIB**: 1.746/86.221 (2,1%)	PR 1,64, 95% KI 1,49-1,82; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	chronische Nieren-erkrankung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 1,7% (k.A.) **NIB**: 2,4% (k.A.)	**IB**: 135/8.014 (1,7%) **NIB**: 33.431/1.416.364 (2,4%)	OR 1,11, 95% KI 0,93-1,32; p=0,22
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Prostataer-krankungen	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,5% (k.A.) **NIB**: 1,1% (k.A.)	**IB**: 41/8.014 (0,5%) **NIB**: 15.192/1.416.364 (1,1%)	OR 0,60, 95% KI 0,44-0,82; p=0,01
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	chronische Nieren-erkrankung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Bericht der Diagnose des Arztes/der Ärztin aus den Krankenakten	**IB**: 2,1% (k.A.) **NIB**: 1,6% (k.A.)	**IB**: 15/721 (2,1%) **NIB**: 12.003/764.672 (1,6%)	Rate Ratio 1,33, 95% KI 0,80–2,20; p=0,275
Ältere Erwachsene							
de Winter et al. (2014) (unklar)	13	chronische Nieren-erkrankung	**IB**: Blutuntersuchung **NIB**: k.A.	**IB**: glomeruläre Filtrationsrate (GFR) mit MDRD-Formel berechnet: chronische Nierenerkrankung mit GFR <60 ml/min/1,73 m^2	**IB**: 10,7% (8,3-13,1%) **NIB**: 12,2% (11,4–13,5%)	**IB**: 68/635 (10,7%) **NIB**: n.a.	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				NIB: glomeruläre Filtrationsrate (GFR) mit MDRD-Formel berechnet			

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.4.14 Krankheiten des Verdauungssystems

Zwei Publikationen, davon eine mit niedrigem (Cooper et al. 2015) und eine mit unklarem (García-Domínguez et al. 2020) Biasrisiko, berichten über Krankheiten des Verdauungssystems, eine Publikation über diverse Krankheitsbilder (Cooper et al. 2015). Der Vergleich von IB- und NIB-Gruppe liefert je nach Diagnose unterschiedliche Ergebnisse (eine geringere Prävalenz bei den Diagnosen Divertikulose und Magengeschwür; eine ähnlich hohe Prävalenz bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Reizdarmsyndrom und Lebererkrankungen; eine höhere Prävalenz bei Dyspepsie). Die Ergebnisse zum Outcome Krankheiten des Verdauungssystems sind in Tabelle 33 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bei 8.014 Erwachsenen mit IB ab 18 Jahren berichtet auf Basis von Patientenakten aus insgesamt 314 Hausarztpraxen über diverse gastrointestinale Erkrankungen. Dieser Untersuchung zufolge sind Menschen mit IB im Vergleich zur NIB-Gruppe statistisch ähnlich häufig von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (IB: 0,5% vs. NIB: 0,7%; OR 0,82, 95% KI 0,60-1,13; p>0,05), vom Reizdarmsyndrom (IB: 3,1% vs. NIB: 5,7%;OR 0,97, 95% KI 0,86-1,11; p>0,05) und von Lebererkrankungen (IB: 0,1% vs. NIB: 0,2%; OR 0,49, 95% KI 0,23-1,04; p>0,05) betroffen. Statistisch signifikant seltener wird bei Menschen mit IB eine Divertikulose (Ausstülpungen in der Darmwand) dokumentiert (IB: 0,8% vs. NIB: 2,4%; OR 0,49, 95% KI 0,39-0,63; p<0,001). Rund doppelt so häufig betroffen ist die IB-Gruppe im Vergleich zur NIB-Gruppe von Dyspepsie (Oberbauchbeschwerden, z. B. Schmerzen, Völlegefühl, Blähungen, Sodbrennen etc.; IB: 10,3 vs. NIB: 5,5%; OR 2,46, 95% KI 2,28-2,65; p<0,001). Als Auslöser bzw. Verstärker einer Dyspepsie wird unter anderem ein komplexes Zusammenspiel psychosozialer Aspekte (Angstzustände, Neurosen, Depression etc.) und physiologischer Faktoren diskutiert.

Eine Studie mit unklarem Biasrisiko aus Spanien (García-Domínguez et al. 2020) bei 1.040 Menschen mit IB ab einem Alter von 44 Jahren, die bei vier Servicedachverbandsanbietern in 34 von 50 spanischen Provinzen Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, berichtet von einer statistisch signifikant geringeren Prävalenz der Diagnose Magengeschwür bei Menschen mit IB im Vergleich zur NIB-Gruppe (IB: 2,3% vs. NIB: 6,5%; OR 0,33; p<0,001).

Tabelle 33: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Verdauungssystems

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	chronisch-entzündliche Darm-erkrankung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,5% (k.A.) **NIB**: 0,7% (k.A.)	**IB**: 40/8.014 (0,5%) **NIB**: 9.711/1.416.364 (0,7%)	OR 0,82, 95% KI 0,60-1,13; p=0,23
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Divertikulose (Ausstülpungen in der Darmwand)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,8% (k.A.) **NIB**: 2,4% (k.A.)	**IB**: 66/8.014 (0,8%) **NIB**: 33.747/1.416.364 (2,4%)	OR 0,49, 95% KI 0,39-0,63; p<0,001
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Dyspepsie (Oberbauch-beschwerden)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 10,3% (k.A.) **NIB**: 5,5% (k.A.)	**IB**: 822/8.014 (10,3%) **NIB**: 78.382/1.416.364 (5,5%)	OR 2,46, 95% KI 2,28-2,65; p<0,001
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Leberzirrhose, chronische Leber-erkrankung, alkoholisch bedingte Leber-erkrankung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,1% (k.A.) **NIB**: 0,2% (k.A.)	**IB**: 7/8.014 (0,1%) **NIB**: 2.605/1.416.364 (0,2%)	OR 0,49, 95% KI 0,23-1,04; p=0,06
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Reizdarm-syndrom	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 3,1% (k.A.) **NIB**: 5,7% (k.A.)	**IB**: 248/8.014 (3,1%)	OR 0,97, 95% KI 0,86-1,11); p=0,74

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
						NIB: 51.889/1.416.364 (5,7%)	
Ältere Erwachsene							
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Magen-geschwür	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 2,3% (k.A.) **NIB**: 6,5% (k.A.)	**IB**: 24/1.040 (2,3%) **NIB**: 791/12.172 (6,5%)	OR 0,33, 95% KI k.A.; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; cNIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.5 Psychische Erkrankungen

Psychische Gesundheit ist definiert als ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, ihre Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann (World Health Organization 2019). Diesbezügliche Beeinträchtigungen bringen gesellschaftliche Folgen mit sich (z. B. Arbeitsunfähigkeit) und können auch Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und auf die körperliche Gesundheit insgesamt haben. Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet und haben aufgrund ihrer Häufigkeit, der damit einhergehenden Krankheitslast und Versorgungssituation und des Zusammenhangs mit der Entstehung und dem Fortschreiten körperlicher Erkrankungen eine große Public-Health-Relevanz (Robert Koch-Institut 2020).

5.5.1 Psychische Erkrankungen insgesamt

Vier Publikationen aus Schottland mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015; Hughes-McCormack et al. 2017; Kinnear et al. 2019b; Young-Southward et al. 2017) berichten über psychische Erkrankungen im Allgemeinen, ohne auf bestimmte Krankheitsbilder einzugehen. Eine der vier Publikationen bezieht sich auf Kinder und Jugendliche, eine auf Erwachsene und zwei auf die gesamte Bevölkerung. Über alle Publikationen und Altersgruppen hinweg zeigt sich, dass Menschen mit IB häufiger psychische Erkrankungen aufweisen als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse sind in Tabelle 34 detailliert dargestellt.

Kinder und Erwachsene

Die größte Studie, die psychische Erkrankungen als Outcome berichtet (niedriges Biasrisiko) (Hughes-McCormack et al. 2017), analysiert Daten von insgesamt 26.349 Personen mit IB jeden Alters, die im Rahmen einer nationalen Vollerhebung (Zensus) erfasst wurden, und kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen mit IB deutlich häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind als Menschen ohne IB (IB: 21,7% vs. NIB: 4,4%; OR 7,06, 95% KI 6,84-7,28; p=k.A.). Eine weitere große schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Kinnear et al. 2019b) basierend auf den Daten von 20.640 Menschen mit IB allen Alters, die ebenfalls im Rahmen einer nationalen Vollerhebung (Zensus) erfasst wurden, zeigt ebenso, dass Menschen mit IB häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als Menschen ohne IB (IB: 19,0% vs. NIB: 4,3%, p=k.A.; 0-24 Jahre: OR 5,85, 95% KI 5,44-6,29; ≥25 Jahre: OR 4,42, 95% KI 4,26-4,59).

Jugendliche und junge Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Young-Southward et al. 2017) basierend auf den Daten von 5.556 13- bis 24-Jährigen mit IB, die im Rahmen einer nationalen Vollerhebung erfasst wurden, berichtet eine höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit IB im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 17,8% vs. NIB:1,97%; OR 12,08; 95% KI 11,24-12,97; p=k.A.).

Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015), die Patientenakten aus insgesamt 314 Hausarztpraxen von 8.014 Menschen ab 18 Jahren mit IB auswertet, berichtet Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen, wobei Menschen mit IB signifikant häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als Menschen ohne IB (keine: IB: 73,4% vs. NIB: 85,1%; OR 0,42, 95% KI 0,40–0,44, p<0,001; eine psychische Erkrankung: IB: 19,7% vs. NIB: 11,4%; OR 2,10, 95% KI 1,99–2,23, p<0,001; zwei psychische Erkrankungen: IB: 5,9% vs. NIB: 3,1%; OR 2,26, 95% KI 2,05–2,48, p<0,001; drei oder mehr psychische Erkrankungen: IB: 1,1% vs. NIB: 0,5%; OR 2,43, 95% KI 1,96–3,00, p<0,001).

Tabelle 34: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Psychische Erkrankungen (insgesamt)

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	psychische Erkrankung	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 17,78% **NIB**: 1,97%	**IB**: 988/5.556 (17,78%) **NIB**: 15.978/810.333 (1,97%)	OR 12,08, 95% KI 11,24–12,97; p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Hughes-McCormack et al. (2017) (niedrig)	33	psychische Erkrankung	**IB** + **NIB**: Umfrage	**IB** + **NIB**: Antwort „psychische Erkrankung“ auf folgende Frage: „Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen, die mindestens 12 Monate gedauert haben oder voraussichtlich dauern werden? Kreuzen Sie alles an, was zutrifft.“	**IB**: 21,7% (k.A.) **NIB**: 4,3% (k.A.)	**IB**: 5.706/26.349 (21,7%) **NIB**: 227.237/5.269.054 (4,3%)	OR 7,06, 95% KI 6,84–7,28; p=k.A.
Kinnear et al. (2019b) (niedrig)	65	psychische Erkrankung	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB** + **NIB**: Antwort „psychische Erkrankung“ auf folgende Frage: „Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen, die mindestens 12 Monate gedauert haben oder voraussichtlich dauern werden? Kreuzen Sie alles an, was zutrifft.“	**IB**: 19% (k.A.) **NIB**: 4,28% (k.A.)	**IB**: 3.921/20.640 (19%) **NIB**: 224.322/5.243.051 (4,28%)	p=k.A. 0-24 Jahre: OR 5,85, 95% KI 5,44-6,29; p=k.A. ≥25 Jahre: OR 4,42, 95% KI 4,26-4,59; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	psychische Erkrankung	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: keine: 73,4% (k.A.) eine: 19,7% (k.A.) zwei: 5,9% (k.A.) drei oder mehr: 1,1% (k.A.) **NIB**: keine: 85,1% (k.A.) eine: 11,4% (k.A.) zwei: 3,1% (k.A.) drei oder mehr: 0,5% (k.A.)	**IB**: keine: 5.878/8.014 (73,4%) eine: 1.577/8.014 (19,7%) zwei: 471/8.014 (5,9%) drei oder mehr: 88/8.014 (1,1%) **NIB**: keine: 1.205.242/1.416.364 (85,1%) eine: 160.958/1.416.364 (11,4%) zwei: 43.232/1.416.364 (3,1%) drei oder mehr: 6.932/1.416.364 (0,5%)	keine: OR 0,42, 95% KI 0,40–0,44; p<0,001 eine: OR 2,10, 95% KI 1,99–2,23; p<0,001 zwei: OR 2,26, 95% KI 2,05–2,48 p<0,001 drei oder mehr: OR 2,43, 95% KI 1,96–3,00 p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.5.2 Affektive Störungen

Sechs Publikationen, davon drei mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Segal et al. 2016), zwei mit unklarem (McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017a) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), berichten über die Prävalenz affektiver Störungen bei Menschen mit und ohne IB. Alle Studien (mit einer Ausnahme) berichten von höheren Prävalenzzahlen in der Bevölkerung mit IB im Vergleich zur Bevölkerung ohne IB, sowohl bei Kindern als auch in der generellen Erwachsenenbevölkerung sowie in Studien bei älteren Erwachsenenkollektiven.

Alle Publikationen liefern Ergebnisse für die bekannteste und häufigste affektive Störung, die Depression. Eine Studie (Carey et al. 2016) grenzt zudem Depressionen von anderen affektiven Störungen ab. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass in dieser Studie beim Outcome „affektive Störungen" alle schwerwiegenderen affektiven Störungen, wie z. B. die bipolare Störung, exklusive der Depression, abgedeckt sind.

Kinder und Jugendliche

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Segal et al. 2016), die bei 672 0- bis 17-Jährigen mit IB durchgeführt wurde (repräsentative Zufallsstichprobe privater Haushalte), berichtet über eine statistisch signifikant höhere Prävalenz von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen mit IB im Vergleich zu einer gleichaltrigen Vergleichsgruppe ohne IB (IB: 13,6% vs. NIB: 3,6%; p<0,001).

Erwachsene

Zwei Studien mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015) berichten Ergebnisse für die allgemeine Erwachsenenbevölkerung ab 18 Jahren bei 14.751 (Carey et al. 2016) bzw. 8.014 (Cooper et al. 2015) Patientinnen und Patienten englischer bzw. schottischer Hausarztpraxen mit IB. Die größere der beiden Studien (Carey et al. 2016) präsentiert Ergebnisse für affektive Störungen exklusive Depressionen und für Depressionen als gesonderten Outcome. Die Studie berichtet bei den affektiven Störungen eine höhere Prävalenz in der IB-Gruppe im Vergleich zur NIB-Gruppe (IB: 2,5% vs. NIB: 0,4%; PR 6,66, 95% KI 5,73-7,73; p=k.A.). Beim Outcome Depressionen findet sich hingegen kein signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (IB: 17,7% vs. NIB: 17,6%; PR 1,03, 95% KI 0,99-1,06; p=k.A.). Im Gegensatz dazu berichtet die schottische Studie (Glasgow) mit niedrigem Biasri-

siko (Cooper et al. 2015) auch in puncto Depressionen einen signifikanten Unterschied, wonach Menschen mit IB häufiger von Depressionen betroffen sind als Menschen ohne IB (IB: 15,8% vs. NIB: 10,1%; OR 1,88, 95% KI 1,76-2,00; p=0,001).

Eine weitere Studie mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013) berichtet ebenfalls Ergebnisse für die allgemeine Erwachsenenbevölkerung bei 897 Serviceempfängerinnen und -empfängern mit IB aus Victoria (Australien) ab 18 Jahren und stellt ebenfalls eine höhere Prävalenz für Depressionen bei Menschen mit IB fest als bei Menschen ohne IB (30,4% vs. 19,9%; Konfidenzintervalle überlappen sich nicht, d. h. es gibt einen signifikanten Unterschied; p=k.A.).

Ältere Erwachsene

Zwei irische Studien (IDS-TILDA) mit unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017a), in denen 609 bzw. 753 Personen mit IB ab einem Alter von 46 bzw. 41 Jahren (Zufallsstichproben aus der irischen Datenbank für Menschen mit IB) mittels computergestützten Telefoninterviews befragt wurden, lassen ebenfalls eine höhere Prävalenz an Depressionen bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB vermuten (15,8%-18,5% vs. 5,0%; p=k.A.). Allerdings sind die berichteten Unterschiede nicht inferenzstatistisch abgesichert.

Tabelle 35: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Affektive Störungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	Depression	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: „Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Depression diagnostiziert? Wenn ja, ist diese Diagnose noch aktuell?“	**IB**: 13,6% (k.A.) **NIB**: 3,6% (k.A.)	**IB**: 91/672 (13,6%) **NIB**: 1.553/43.146 (3,6%)	prozentueller Unterschied: 10,0% 95% KI 3,2-16,8; p<0,001)
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	affektive Störung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 2,5% (k.A.) **NIB**: 0,4% (k.A.)	**IB**: 371/14.751 (2,5%) **NIB**: 333/86.221 (0,4%)	PR 6,66, 95% KI 5,73-7,73, p-=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Depression	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 17,7% (k.A.) **NIB**: 17,6% (k.A.)	**IB**: 2.609/14.751 (17,7%) **NIB**: 15.179/86.221 (17,6%)	PR 1,03, 95% KI 0,99-1,06, p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Depression	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 15,8% (k.A.) **NIB**: 10,1% (k.A.)	**IB**: 1.267/8.014 (15,8%) **NIB**: 142.676/1.416.364 (10,1%)	OR 1,88, 1,76–2,00, p<0,001
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Depression	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 30,4% (26,4-34,7) **NIB**: 19,9% (19,2-20,5)	**IB**: 273/897 (30,4%) **NIB**: 6.799/34.168 (19,9%)	Konfidenzintervalle überlappen sich nicht p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene ab 41 Jahren							
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Depression	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 18,5% (k.A.) **NIB**: 5% (k.A.)	**IB**: k.A. (18,5%) **NIB**: k.A. (5%)	p=k.A.
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	Depression	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 15,8% (k.A.) **NIB**: 5% (k.A.)	**IB**: k.A. (15,8%) **NIB**: k.A. (5%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.5.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Fünf Publikationen berichten Ergebnisse zu einem Outcome im Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, davon vier mit niedrigem (Boland et al. 2009; Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Segal et al. 2016) und eine mit unklarem Biasrisiko (Hermans et al. 2014). Alle Publikationen liefern Ergebnisse zur Prävalenz von Angststörungen und fast alle Publikationen berichten (mit einer Ausnahme), dass Menschen mit IB häufiger an den untersuchten Störungen leiden als Menschen ohne IB. Eine Publikation (Boland et al. 2009) liefert keine inferenzstatistischen Kennzahlen für den Vergleich der IB- und NIB-Gruppen. Die Ergebnisse zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind in Tabelle 36 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Segal et al. 2016), die bei 672 0- bis 17-jährigen Personen mit IB durchgeführt wurde (repräsentative Zufallsstichprobe privater Haushalte), berichtet über eine statistisch signifikant höhere Prävalenz von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit IB im Vergleich zu einer gleichaltrigen Vergleichsgruppe ohne IB (IB: 26,3% vs. NIB: 4,6%; 95% KI 13,9-29,6; p<0,001).

Erwachsene

Zwei große Studien, beide mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015), präsentieren Ergebnisse zu Outcomes im Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen für 14.751 (Carey et al. 2016) bzw. 8.014 (Cooper et al. 2015) Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren. Beide Studien beziehen sich auf Patientenakten aus Hausarztpraxen. Die größere der beiden Studien (Carey et al. 2016) fokussiert ausschließlich auf Angststörungen, während die zweite Studie (Cooper et al. 2015) „Angststörungen und andere neurotische, stressbedingte und somatoforme Störungen“ in den Blick nimmt. Beide Studien zeigen signifikant höhere Prävalenzen bei Menschen mit IB verglichen zu Menschen ohne IB (IB: 16,3% vs. NIB: 14,6%, PR 1,13, 95% KI 1,09-1,18, p=k.A. bzw. IB: 8,1% vs. NIB: 3,9%, OR 2,62, 95% KI 2,41-2,84, p<0,001).

Eine niederländische Studie (HA-ID) mit unklarem Biasrisiko (Hermans et al. 2014) berichtet über 154 Personen mit IB ab 55 Jahren, die Serviceleistungen von Serviceeinrichtungen/-organisationen in Anspruch nehmen, und zeigt, dass bei Patientinnen und Patienten mit IB signifikant höhere Scores auf der allgemeinen Angst-Subskala der Krankenhaus-Angst- und

Depressionsskala (HADS-A) in ihren Krankenakten dokumentiert wurden als bei Patientinnen und Patienten ohne IB (Mittelwerte: IB: 3,53 vs. NIB: 2,53; Cohen's d=0,32; p<0,001).

Eine irische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Boland et al. 2009) bei 247 Menschen mit IB im Alter von 15 bis 65 Jahren aus Behinderteneinrichtungen, die im Rahmen persönlicher Interviews befragt wurden, stellt eine geringere Prävalenz an Angststörungen bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB fest (IB: 18,6% vs. 25,0%; p=k.A.). Diese Zahlen widersprechen den zuvor genannten Studien, sind allerdings nicht inferenzstatistisch abgesichert.

Tabelle 36: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	Angststörung	**IB** + **NIB**: Telefoninterview (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: „Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Angststörung diagnostiziert? Wenn ja, ist diese Diagnose noch aktuell?“	**IB**: 26,3% (k.A.) **NIB**: 4,6% (k.A.)	**IB**: 177/672 (26,3%) **NIB**: 1.985/43.146 (4,6%)	prozentueller Unterschied: 21,7%, 95% KI 13,9-29,6; p<0,001
Erwachsene							
Boland et al. (2009) (niedrig)	3	Angststörung	**IB**: persönliche Interviews, ggf. Proxy **NIB**: schriftlicher Fragebogen, ggf. Proxy (Selbsteinschätzung)	**IB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheits-bezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), modifiziert: Sind Sie heute besorgt oder ängstlich? 1. Ich bin nicht besorgt, 2. Ich bin ein bisschen besorgt, 3. Ich bin wirklich besorgt **NIB**: EuroQol EQ-5D, keine weitere Angabe	**IB**: 18,6% (k.A.) **NIB**: 25,0% (k.A.)	**IB**: 46/247 (18,6%) **NIB**: 1.498/5.992 (25,0%)	p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Angststörung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 16,3% (k.A.) **NIB**: 14,6% (k.A.)	**IB**: 2.398/14.751 (16,3%) **NIB**: 12.580/86.221 (14,6%)	PR 1,13; 1,09-1,18; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Angststörung und andere neurotische, stress-bedingte und somatoforme Störungen	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 8,1% (k.A.) **NIB**: 3,9% (k.A.)	**IB**: 649/8.014 (8,1%) **NIB**: 55.077/1.416.364 (3,9%)	OR 2,62. 95% KI 2,41–2,84; p<0,001
Erwachsene ab 55 Jahren							
Hermans et al. (2014) (unklar)	63	Angststörung	**IB** + **NIB**: Krankenakten	**IB** + **NIB**: allgemeine Angst-Subskala der Krankenhaus-Angst- und Depressionsskala (HADS-A)	**IB**: MW 3.53 (SD 3.03) **NIB**: MW 2.53 (SD 3.30)	k.A.	p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.5.4 Schizophrenie und wahnhafte Störungen

Vier Publikationen liefern Ergebnisse zu Outcomes im Bereich der Schizophrenie und wahnhaften Störungen. Zwei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015) berichten Ergebnisse zur Prävalenz von Schizophrenie, eine weitere Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Hassiotis et al. 2017) zur Prävalenz auditiver Halluzinationen und zu Verfolgungsgedanken und zwei Publikationen zur Prävalenz von Psychosen (Cooper et al. 2018; Hassiotis et al. 2017). Diese Publikationen kommen zu dem Ergebnis, dass erwachsene Personen mit IB häufiger von Schizophrenie, auditiven Halluzinationen und Psychosen betroffen sind als Personen ohne IB. Für den Outcome Verfolgungsgedanken konnte kein Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen festgestellt werden. Die Ergebnisse im Detail sind in Tabelle 37 gelistet.

Erwachsene

Die größte Studie (Carey et al. 2016) untersucht den Outcome Schizophrenie basierend auf einer Vollerhebung elektronischer Patientenakten aus insgesamt 408 Hausarztpraxen in England, bei der 14.751 Patientenakten von Menschen mit IB im Alter ab 18 Jahren aufgearbeitet wurden. Sie beziffert die Schizophrenieprävalenz für Menschen mit IB mit 6,8 Prozent und für Menschen ohne IB mit 0,7 Prozent. Menschen mit IB sind demnach deutlich häufiger von Schizophrenie betroffen als Menschen ohne IB (PR 9,94, 95% KI 8,99-10,99; p=k.A.). Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015), die ebenfalls auf Patientenakten aus 314 Hausarztpraxen beruht und 8.014 Personen mit IB ab 18 Jahren inkludiert, bestätigt diesen statistisch signifikanten Unterschied (IB: 5,6% vs. NIB: 0,9%; OR 7,16, 95% KI 6,49-7,89; p<0,001).

Eine Studie aus UK mit niedrigem Biasrisiko (Hassiotis et al. 2017) hat die Outcomes auditive Halluzinationen und Verfolgungsgedanken untersucht. Dazu wurde eine Zufallsstichprobe privater Haushalte (1.701 Menschen mit IB im Alter von 16 bis 74 Jahren) mit dem Psychosis Screening Questionnaire (PSQ) befragt und in weiterer Folge mit dem Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry System (SCAN) klinisch eingeschätzt. Für auditive Halluzinationen konnte dabei eine höhere Prävalenz in der IB-Gruppe im Vergleich zur NIB-Gruppe festgestellt werden (gewichtete Prävalenz: IB: 2,06% vs. NIB: 0,81%; adjustierte OR 2,9, 95% KI 1,9-4,4; p=k.A.). Für den Outcome Verfolgungsgedanken wurde kein Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen gefunden (gewichtete Prävalenz: IB: 8,90% vs. NIB: 8,60%; adjustierte OR 1,0, 95% KI 0,8-1,3; p=k.A.).

Zwei Studien aus UK mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2018; Hassiotis et al. 2017) bei insgesamt 2.422 Personen mit IB berichten Ergebnisse zum Outcome Psychosen. In der größeren der beiden Studien (Hassiotis et al. 2017) wurde eine Zufallsstichprobe privater Haushalte (1.701 Menschen mit IB im Alter von 16 bis 74 Jahren) mit dem Psychosis Screening Questionnaire (PSQ) befragt und gegebenenfalls mit dem Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry System (SCAN) klinisch eingeschätzt. Die Studie zeigt, dass Menschen mit IB häufiger an Psychosen leiden als die Vergleichsgruppe ohne IB (gewichtete Prävalenz: IB: 0,98% vs. NIB: 0,42%; adjustierte OR 2,3, 95% KI 1,4-4,0; p=k.A.). Die zweite Studie (Cooper et al. 2018) berichtet bei 721 Menschen ab 18 Jahren auf der Grundlage elektronische Patientenakten aus einem Gesundheitsregister für Menschen mit IB ebenfalls eine höhere Prävalenz an Psychosen bei Menschen mit IB versus ohne IB (IB: 7,6% vs. NIB: 0,9%; RR 8,46, 95% KI 6,49-11,01; p<0,001).

Tabelle 37: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Schizophrenie und wahnhafte Störungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Schizophrenie	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 6,8% (k.A.) **NIB**: 0,7% (k.A.)	**IB**: 995/14.751 (6,8%) **NIB**: 591/86.221 (0,7%)	PR 9,94, 05%KI 8,99-10,99; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Schizophrenie	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 5,6% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 448/8.014 (5,6%) **NIB**: 12.045/1.416.364 (0,9%)	OR 7,16, 95% KI 6,49–7,89; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Psychose	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 7,6% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 55/721 (7,6%) **NIB**: 6.899/764.672 (0,9%)	Rate Ratio 8,46, 95% KI 6,49-11,01; p<0,0001
Hassiotis et al. (2017) (niedrig)	77	auditive Halluzina-tionen	**IB** + **NIB**: Screening, Assessment	**IB** + **NIB**: Psychosis Screening Questionnaire (PSQ), Question 5a in PSQ; Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry system (SCAN)	**IB**: 2,06% (k.A.) (gewichtete Prävalenz) **NIB**: 0,81% (k.A.) (gewichtete Prävalenz)	**IB**: 35/1.701 (2,06%) **NIB**: 116/14.282 (0,81%)	OR adjustiert 2,9, 95% KI 1,9-4,4; p=k.A.
Hassiotis et al. (2017) (niedrig)	77	Psychose	**IB** + **NIB**: Screening, Assessment	**IB** + **NIB**: Psychosis Screening Questionnaire (PSQ), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry system (SCAN)	**IB**: 0,98% (k.A.) (gewichtete Prävalenz) **NIB**: 0,42% (k.A.) (gewichtete Prävalenz)	**IB**: 17/1.701 (0,98%) **NIB**: 57/14.282 (0,4%)	OR adjustiert 2,3, 95% KI 1,4-4,0; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Hassiotis et al. (2017) (niedrig)	77	Verfolgungs-gedanken	**IB** + **NIB**: Screening, Assessment	**IB** + **NIB**: Psychosis Screening Questionnaire (PSQ), Question 3a in PSQ; Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry system (SCAN)	**IB**: 8,9% (k.A.) (gewichtete Prävalenz) **NIB**: 8,6% (k.A.) (gewichtete Prävalenz)	**IB**: 151/1.701 (8,9%) **NIB**: 1.228/14.282 (8,6%)	OR adjustiert 1,0, 95% KI 0,8-1,3; p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.5.5 Verhaltens- und emotionale Störungen

Drei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Emerson et al. 2010; Segal et al. 2016) liefern Ergebnisse zu unterschiedlichen Outcomes im Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen. Alle Publikationen berichten für Kinder wie Erwachsene höhere Prävalenzen in der IB-Gruppe verglichen mit Menschen ohne IB. Die Ergebnisse sind in Tabelle 38 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Kohortenstudie mit niedrigem Biasrisiko (Emerson et al. 2010) hat eine national repräsentative Stichprobe von Privathaushalten mit insgesamt 737 Kindern mit IB (598 mit grenzwertiger IB) im Alter von 6 bis 7 Jahren unter Verwendung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) befragt. Dabei wurden sowohl für Verhaltensauffälligkeiten und -stärken insgesamt als auch für die Subgruppen Emotionale Probleme, Hyperaktivität, prosoziales Verhalten, Verhaltensprobleme und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen signifikant höhere Prävalenzen in der IB- bzw. IB-Borderline-Gruppe im Vergleich zur NIB-Gruppe festgestellt (Verhaltensauffälligkeiten und -stärken gesamt: IB: 24%, Borderline IB: 17% vs. NIB: 5%; IB: OR 5,58, 95% KI k.A., p<0,001; Borderline IB: OR 3,36, 95% KI k.A., p<0,001; emotionale Probleme: IB: 13%, Borderline IB: 15% vs. NIB: 6%; IB: OR 2,23, 95% KI k.A., p<0,01; Borderline IB: OR 2,53, 95% KI k.A., p<0,001; Hyperaktivität: IB: 26%, Borderline IB: 15% vs. NIB: 8%; IB: OR 3,71, 95% KI k.A., p<0,001; Borderline IB: OR 1,98, 95% KI k.A., p<0,001; prosoziales Verhalten: IB: 14%, Borderline IB: 8% vs. NIB: 3%; IB: OR 5,33, 95% KI k.A., p<0,001; Borderline IB: OR = 2,86, 95% KI k.A., p<0,001; Verhaltensprobleme: IB: 24%, Borderline IB: 19% vs. NIB: 8%; IB: OR 3,39, 95% KI k.A., p<0,001; Borderline IB: OR 2,29, 95% KI k.A., p<0,001; Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen: IB: 35%, Borderline IB: 21% vs. NIB: 11%; IB: OR 4,38, 95% KI k.A., p<0,001; Borderline IB: OR = 2,25, 95% KI k.A., p<0,001).

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Segal et al. 2016), die bei 672 Personen mit IB durchgeführt wurde (repräsentative Zufallsstichprobe privater Haushalte), berichtet ebenfalls über statistisch signifikant höhere Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit IB im Alter von 0 bis 17 Jahren im Vergleich zu einer gleichaltrigen Gruppe ohne IB für alle untersuchten Outcomes (Verhaltensstörungen: IB: 38,2% vs. NIB: 3,4%, 95% KI 24,5-45,0, p<0,001; ADHS: IB: 45,0% vs. NIB: 10,8%, 95% KI 24,8-43,6, p<0,001; Autismus-Spektrum-Störungen: IB: 41,8% vs. NIB: 1,6%, 95% KI 30,3-50,2, p<0,001).

Erwachsene

Die größte Studie, eine englische Querschnittstudie mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016), analysiert Patientenakten aus 408 Hausarztpraxen von insgesamt 14.751 erwachsenen Personen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren und stellt eine höhere Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Vorjahr bzw. innerhalb der letzten fünf Jahre bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB fest (im Vorjahr: IB 3,8% vs. NIB 0,2%, PR 21,34, 95% KI 17,86-25,50, p=k.A.; in den letzten fünf Jahren: IB 14,1% vs. NIB 0,9%, PR 16,28, 95% KI 14,97-17,71, p=k.A.).

Tabelle 38: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Verhaltens- und emotionale Störungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Emerson et al. (2010) (niedrig)	16	Verhaltens-auffällig-keiten und -stärken (Gesamt-problemwert)	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB**: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) **NIB**: SDQ	**IB**: 24% (k.A.) **Borderline IB:** 17% (k.A.) **NIB**: 5% (k.A.)	**IB**: 33/139 (24%) **Borderline IB:** 102/598 (17%) **NIB**: 210/4.195 (5%)	**IB:** OR 5,58, 95% KI k.A.; p<0,001 **Borderline IB:** OR 3,36, 95% KI k.A.; p<0,001
Emerson et al. (2010) (niedrig)	16	emotionale Probleme (Subskala)	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB**: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) **NIB**: SDQ	**IB**: 13% (k.A.) **Borderline IB:** 15% (k.A.) **NIB**: 6% (k.A.)	**IB**: 18/139 (13%) **Borderline IB**: 90/598 (15%) **NIB**: 252/4.195 (6%)	**IB:** OR 2,23, 95% KI k.A.; p<0,01 **Borderline IB**: OR 2,53, 95% KI k.A.; p<0,001
Emerson et al. (2010) (niedrig)	16	Hyper-aktivität (Subskala)	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB**: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) **NIB**: SDQ	**IB**: 26% (k.A.) **Borderline IB:** 15% (k.A.) **NIB**: 8% (k.A.)	**IB**: 36/139 (26%) **Borderline IB:** 90/598 (15%) **NIB**: 336/4.195 (8%)	**IB:** OR 3,71, 95% KI k.A.; p<0,001 **Borderline IB:** OR 1,98, 95% KI k.A.; p<0,001
Emerson et al. (2010) (niedrig)	16	prosoziales Verhalten (Subskala)	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB**: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) **NIB**: SDQ	**IB**: 14% (k.A.) **Borderline IB**: 8% (k.A.) **NIB**: 3% (k.A.)	**IB**: 19/139 (14%) **Borderline IB:** 48/598 (8%) **NIB**: 126/4.195 (3%)	**IB:** OR 5,33, 95% KI k.A.; p<0,001 **Borderline IB:** OR 2,86, 95% KI k.A.; p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Emerson et al. (2010) (niedrig)	16	Verhaltens-probleme (Subskala)	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB**: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) **NIB**: SDQ	**IB**: 24% (k.A.) **Borderline IB**: 19% (k.A.) **NIB**: 8% (k.A.)	**IB**: 33/139 (24%) **Borderline IB:** 114/598 (19%) **NIB**: 336/4.195 (8%)	**IB:** OR 3,39, 95% KI k.A.; p<0,001 **Borderline IB:** OR 2,29, 95% KI k.A.; p<0,001
Emerson et al. (2010) (niedrig)	16	Verhaltens-probleme mit Gleichaltrigen (Subskala)	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB**: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) **NIB**: SDQ	**IB**: 35% (k.A.) **Borderline IB:** 21% (k.A.) **NIB**: 11% (k.A.)	**IB**: 49/139 (35%) **Borderline IB:** 126/598 (21%) **NIB**: 461/4.195 (11%)	**IB:** OR 4,38, 95% KI k.A.; p<0,001 **Borderline IB:** OR 2,25, 95% KI k.A.; p<0,001
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	Verhaltens-störung	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: „Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Verhaltensstörung diagnostiziert? Wenn ja, ist diese Diagnose noch aktuell?“	**IB**: 38,2% (k.A.) **NIB**: 3,4% (k.A.)	**IB**: 257/672 (38,2%) **NIB**: 1.467/43.146 (3,4%)	prozentueller Unterschied 34,8%, 95% KI 24,5-45,0; p<0,001
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	ADHS	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: „Wurde bei Ihrem Kind jemals ADHS diagnostiziert? Wenn ja, ist diese Diagnose noch aktuell?“	**IB**: 45,0% (k.A.) **NIB**: 10,8% (k.A.)	**IB**: 302/672 45,0 (%) **NIB**: 4.660/43.146 (10,8%)	prozentueller Unterschied 34,2% 95% KI 24,8-43,6; p<0,001
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	Autismus-Spektrum-Störung	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: „Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert? Wenn ja, ist diese Diagnose noch aktuell?“	**IB**: 41,8% (k.A.) **NIB**: 1,6% (k.A.)	**IB**: 281/672 (41,8%) **NIB**: 690/43.146 (1,6%)	prozentueller Unterschied 40,2%, 95% KI 30,3-50,2; p<0,001
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Verhaltens-auffälligkeit im letzten Jahr	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: jemals aufgetreten	**IB**: 3,8% (k.A.) **NIB**: 0,2% (k.A.)	**IB**: 564/14.751 (3,8%) **NIB**: 155/86.221 (0,2%)	PR 21,34, 17,86-25,50; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Verhaltens-auffälligkeit in den letzten 5 Jahren	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: jemals aufgetreten	**IB**: 14,1% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 2.072/14.751 (14,1%) **NIB**: 742/86.221 (0,9%)	PR 16,28, 95% KI 14,97-17,71; p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.5.6 Essstörungen

Eine Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) berichtet über Essstörungen als Outcome und findet keinen signifikanten Unterschied zwischen Menschen mit und ohne IB. Detaillierte Ergebnisse sind in Tabelle 39 gelistet.

Erwachsene

Eine schottische Studie (niedriges Biasrisiko) (Cooper et al. 2015), die auf der Grundlage einer Vollerhebung von Patientenakten aus insgesamt 314 Hausarztpraxen durchgeführt wurde und 8.014 Personen mit IB inkludiert (ab 18 Jahren), berichtet keinen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Prävalenzen von Anorexie und Bulimie in der IB- versus NIB-Gruppe (IB: 0,5% vs. NIB: 0,4%; OR 1,31, 95% KI 0,95-1,82; p=0,09).

Tabelle 39: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Essstörungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Anorexie oder Bulimie	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,5% (k.A.) **NIB**: 0,4% (k.A.)	**IB**: 37/8.014 (0,5%) **NIB**: 5.269/1.416.364 (0,4%)	OR 1,31, 95% KI 0,95–1,82; p=0,09

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.5.7 Demenz

Drei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018) berichten über Demenz bei Menschen mit und ohne IB. Alle drei Studien beziehen sich auf Erwachsene und wurden in UK durchgeführt. Zwei Studien (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015) bei insgesamt 22.765 Patientinnen und Patienten zeigen eine höhere Prävalenz für Demenz bei Menschen mit IB im Vergleich zur NIB-Gruppe, eine Studie bei 721 Personen mit IB (Cooper et al. 2018) konnte keinen statistisch signifikanten Unterschied feststellen. Die Ergebnisse zur Demenz sind in Tabelle 40 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Die größte Studie, eine Querschnittstudie mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016) aus England, bezieht sich auf Patientenakten von 14.751 Personen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren aus insgesamt 408 Hausarztpraxen. Die Studie stellt eine statistisch signifikant höhere Demenzprävalenz bei Patientinnen und Patienten mit IB im Vergleich zu jenen ohne IB fest (IB: 1,1% vs. NIB: 0,2%; PR 7,52, 95% KI 5,95-9,49; p=k.A.). Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) untersucht 8.014 Erwachsene mit IB ab 18 Jahren ebenfalls auf der Grundlage von Patientenakten aus 314 Hausarztpraxen und beziffert die Prävalenz von Demenz bei Personen mit IB mit 0,8 Prozent und bei Personen ohne IB mit 1,1 Prozent (adj. OR 2,22, 95% KI 1,78-2,77; p<0,001).

Eine weitere Studie aus Schottland (Gebiet Glasgow) mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2018) bezieht sich auf 721 Personen mit IB ab 18 Jahren und berichtet auf Basis elektronischer Patientenakten aus einem Gesundheitsregister für Menschen mit IB keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (IB: 0,3% vs. NIB: 0,5%; RR 0,50, 95% KI 0,13–2,02; p=0,333).

Tabelle 40: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Demenz

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Demenz	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 1,1% (k.A.) **NIB**: 0,2% (k.A.)	**IB**: 160/14.751 (1,1%) **NIB**: 134/86.221 (0,2%)	PR 7,52, 95% KI 5,95-9,49; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Demenz	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 0,8% (k.A.) **NIB**: 1,1% (k.A.)	**IB**: 84/8.014 (0,8%) **NIB**: 11.612/1.416.364 (1,1%)	OR (altersadjustiert) 2,22, 95% KI 1,78-2,77; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Demenz	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 0,3% (k.A.) **NIB**: 0,5% (k.A.)	**IB**: 2/721 (0,3%) **NIB**: 4.205/764.672 (0,5%)	Rate Ratio 0,50, 95% KI 0,13-2,02; p=0,333

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.6 Schmerzen

Zwei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Boland et al. 2009; Cooper et al. 2015) liefern unterschiedliche Ergebnisse zum Outcome Schmerzen. In beiden Studien wurden die gemessenen Schmerzen nicht näher bestimmt (Selbstbericht zu „any pain“ (Boland et al. 2009) bzw. Diagnosekategorie „painful condition“ (Cooper et al. 2015)). Zudem ist ein Vergleich zwischen IB- und NIB-Gruppe durch eine unterschiedliche Alterszusammensetzung der Vergleichsgruppen erschwert. In beiden Studien sind Menschen mit IB jünger als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse zum Outcome Schmerzen sind in Tabelle 41 detailliert dargestellt.

Erwachsene

In einer schottischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015), basierend auf den Patientenakten von 8.014 Patientinnen und Patienten aus 314 schottischen Hausarztpraxen, weisen Patientinnen und Patienten mit IB ein höheres altersadjustiertes Chancenverhältnis für das Vorliegen von Schmerzen auf (OR 1,20, 95% KI 1,10-1,38; p<0,001) als jene ohne IB (nicht altersadjustierte Schmerzprävalenz IB: 8,7%, NIB: 8,9%).

Eine irische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Boland et al. 2009), basierend auf 247 Erwachsenen mit IB zwischen 15 und 65 Jahren, berichtet, dass Menschen mit IB im Vergleich zur generellen Bevölkerung in Irland (ab 18 Jahren) seltener von Schmerzen betroffen sind (Selbstbericht any pain; 14,2% vs. 31,2%; p=k.A.). Die unterschiedliche Alterszusammensetzung der IB- und NIB-Gruppe in dieser Studie erschwert jedoch die Einordnung dieses Ergebnisses, ebenso wie Unterschiede in der regionalen Eingrenzung (Ostküste vs. Gesamtirland) und ein möglicher Unterschied im Erhebungsjahr, der aufgrund fehlender Angaben nicht näher eruiert werden kann.

Tabelle 41: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Schmerzen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Boland et al. (2009) (niedrig)	3	Schmerzen	**IB**: persönliche Interviews, ggf. Proxy **NIB**: schriftlicher Fragebogen, ggf. Proxy (Selbsteinschätzung)	**IB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), modifiziert: Haben Sie heute Schmerzen oder ein Unbehagen? 1. Ich habe keine Schmerzen, 2. Ich habe etwas Schmerzen, 3. Ich habe sehr starke Schmerzen **NIB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), keine weitere Angabe	**IB**: 14,2% (k.A.) **NIB**: 31,2% (k.A.)	**IB**: 35/247 (14,2%) **NIB**: 1.870/5.992 (31,2%)	p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Schmerzen	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: n.a.	**IB**: 8,7% (k.A.) **NIB**: 8,9% (k.A.)	**IB**: 695/8.014 (8,7%) **NIB**: 125.436/1.416.364 (8,9%)	OR 1,20, 95% KI 1,10-1,30; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.7 Unfälle/Verletzungen

5.7.1 Stürze

Drei Publikationen mit unklarem Biasrisiko (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017a) liefern Ergebnisse zum Outcome Stürze. Alle drei Studien wurden in Irland im Rahmen von IDS-TILDA durchgeführt. Während sich in den ersten beiden Erhebungswellen deutliche Unterschiede zuungunsten der IB-Gruppe zeigen, verschwimmt dieser Unterschied in der dritten Erhebungswelle, vor allem durch Veränderungen im Sturzgeschehen in der NIB-Gruppe. Die Ergebnisse zum Outcome Stürze sind in Tabelle 42 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Zwei irische Studien mit unklarem Biasrisiko (IDS-TILDA, Welle 1 und 2) (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2011), in denen jeweils eine Zufallsstichprobe von 753 bzw. 708 Personen mit IB ab 40 Jahren aus der irischen Datenbank für Menschen mit IB im Rahmen computergestützter persönlicher Interviews befragt wurde, berichten eine höhere Sturzprävalenz bei Menschen mit IB im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (IB: 26,7-28,3% vs. NIB: 21,1-22,2%; p=k.A.) sowie eine höher Prävalenz sich wiederholender Stürze (IB: 14,6-15,3% vs. NIB: 7,7-8,8%; p=k.A.) und sturzbedingter Verletzungen (IB: 13,2-13,7% vs. NIB: 7,7-9,9%; p=k.A.).

In einer weiteren irischen Studie (IDS-TILDA, Welle 3), ebenfalls basierend auf einer Zufallsstichprobe aus der nationalen Datenbank für Menschen mit IB von insgesamt 609 Erwachsenen mit IB ab 46 Jahren (unklares Biasrisiko) (McCarron et al. 2017a), konnte hingegen kein nennenswerter Unterschied in der Sturzprävalenz festgestellt werden (IB: 27,2% vs. NIB: 25,8%; p=k.A.). Auch in puncto Verletzungshäufigkeit sind keine Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen mehr beobachtbar (IB: 12,5% vs. NIB: 12,1%; p=k.A.). Lediglich bei der Prävalenz sich wiederholender Stürze weisen Menschen mit IB im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine noch etwas höhere Prävalenz auf (IB: 15,9% vs. NIB: 11,1%; p=k.A.).

Tabelle 42: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Unfälle/Verletzungen, Unterkategorie Stürze

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Stürze in den letzten 12 Monaten	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 28,3% (k.A.), wiederholtes Stürzen: 15,3% (k.A.), mit Verletzung: 13,7% (k.A.) **NIB**: 22,2% (k.A.), wiederholtes Stürzen: 8,8% (k.A.), mit Verletzung: 9,9% (k.A.)	**IB**: k.A. (28,3%), wiederholtes Stürzen: k.A. (15,3%), mit Verletzung: k.A. (13,7%) **NIB**: k.A. (22,2%), wiederholtes Stürzen: k.A. (8,8%), mit Verletzung: k.A. (9,9%)	p=k.A. Konfidenzintervalle überlappen sich nicht
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Stürze in den letzten 12 Monaten	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 26,7% (k.A.), wiederholtes Stürzen: 14,6% (k.A.), mit Verletzung: 13,2% (k.A.) **NIB**: 21,1% (k.A.), wiederholtes Stürzen: 7,7% (k.A.), mit Verletzung: 7,7% (k.A.)	**IB**: k.A. (26,7%), wiederholtes Stürzen: k.A. (14,6%), mit Verletzung: k.A. (13,2%) **NIB**: k.A. (21,1%), wiederholtes Stürzen: k.A. (7,7%), mit Verletzung: k.A. (7,7%)	p=k.A.
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	Stürze in den letzten 12 Monaten	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 27,2% (k.A.), wiederholtes Stürzen: 15,9% (k.A.), mit Verletzung: 12,5% (k.A.) **NIB**: 25,8% (k.A.), wiederholtes Stürzen: 11,1%	**IB**: k.A. (27,2%), wiederholtes Stürzen: k.A. (15,9%), mit Verletzung: k.A. (12,5%) **NIB**: k.A. (25,8%), wiederholtes Stürzen: k.A.	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
					(k.A.), mit Verletzung: 12,1% (k.A.)	(11,1%), mit Verletzung: k.A. (12,1%)	

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.7.2 Verletzungen

Vier Publikationen, davon zwei mit niedrigem (Finlayson et al. 2010; Sandberg et al. 2017) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2011), liefern Ergebnisse zum Outcome Verletzungen. Die Publikationen zeigen, dass Menschen mit IB nicht nur insgesamt, sondern auch von bestimmen Arten von Verletzungen häufiger betroffen sind. Die Ergebnisse zum Outcome Verletzungen sind in Tabelle 43 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Die größte dieser Studien, eine schwedische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Sandberg et al. 2017), die sich auf Daten des Nationalen Gesundheits- und Sozialamtes von insgesamt 7.936 Personen bezieht, liefert Ergebnisse zur Häufigkeit von Femurfrakturen (S72), Frakturen des Unterschenkels (inkl. Knöchelfrakturen, S82) und zu intrakraniellen Verletzungen (S06; Schädel-Hirn-Trauma). Dabei zeigt sich, dass Menschen mit IB von den genannten Verletzungen statistisch signifikant häufiger betroffen sind als Menschen der NIB-Gruppe (Femurfrakturen: IB 6,9% vs. NIB 1,3%, OR 5,5, 95% KI 4,4-0,79, p<0,001; Frakturen des Unterschenkels: IB 4,1% vs. NIB 1,4%, OR 3,05, 95% KI 2,4-0,79, p<0,001; intrakranielle Verletzungen: IB 1,9% vs. 0,9%, OR 2,03, 95% KI 2,5-0,69, p<0,001).

Diverse Arten von Verletzungen wurden auch in einer schottischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Finlayson et al. 2010) bei 470 Erwachsenen mit IB ab 16 Jahren auf der Grundlage von Patientenakten aus insgesamt 631 Hausarztpraxen untersucht (s. Tabelle 43). In dieser Studie zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten mit IB eine insgesamt höhere 12-Monats-Inzidenz in puncto Verletzungen aufweisen als Patientinnen und Patienten ohne IB (IB: 11,5% vs. NIB: 20,4%; standardisierter Incidence Ratio 1,78, 95% KI 1,44-2,17; p=k.A.). Statistisch signifikante Unterschiede zuungunsten der IB-Gruppe konnten hinsichtlich der Inzidenz von Knochenbrüchen (IB: 3,4% vs. NIB: 1,7; p<0.01), bei Schnittverletzungen und Abschürfungen (IB: 7,7% vs. NIB: 3,0%; p<0,001) und bei Verbrennungen und Verbrühungen (IB: 1,9% vs. NIB: 0,9%; p<0,001) beobachtet werden.

Zwei irische Studien mit unklarem Biasrisiko (IDS-TILDA, Welle 1 und 2) (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2011), in denen jeweils eine Zufallsstichprobe von 753 bzw. 708 Personen mit IB ab 40 Jahren aus der irischen Datenbank für Menschen mit IB im Rahmen computergestützter persönlicher Interviews befragt wurde, berichten Ergebnisse zur Häufigkeit von Hüftfrakturen, eine davon zusätzlich zur Häufigkeit von Handgelenksfrakturen (Burke et al. 2014). Laut diesen Studien treten Hüftgelenksfrakturen in beiden Vergleichsgruppen in

etwa gleich häufig auf (IB: 3,4-4,1% vs. NIB: 2,9-3,6%; p=k.A.), während Handgelenksfrakturen deutlich häufiger in der NIB-Gruppe zu finden sind (IB: 4,8% vs. NIB: 12,7%; p=k.A.).

Tabelle 43: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Unfälle/Verletzungen, Unterkategorie Verletzungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	dislociertes Gelenk	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 0,6% (k.A.) **NIB**: 0,4% (k.A.)	**IB**: 3/470 (0,6%) **NIB**: 26/6.014 (0,4%)	p=0,464
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Feststecken eines Objekts in einem Körperteil	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 0,2% (k.A.) **NIB**: 0,6% (k.A.)	**IB**: 1/470 (0,2%) **NIB**: 34/6.014 (0,6%)	p=0,514

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	innere Verletzung	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 0% (k.A.) **NIB**: 0,3% (k.A.)	**IB**: 0/470 (0%) **NIB**: 18/6.014 (0,3%)	p=0,637
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Knochen-bruch	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 3,4% (k.A.) **NIB**: 1,7% (k.A.)	**IB**: 16/470 (3,4%) **NIB**: 104/6.014 (1,7%)	p=0,009
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Körperteil überbelastet oder verdreht	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten.	**IB**: 1,5% (k.A.) **NIB**: 4,0% (k.A.)	**IB**: 7/470 (1,5%) **NIB**: 245/6.014 (4,0%)	p=0,003

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				NIB: k.A.			
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Quetschen oder Einklemmen eines Körperteils	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 4,7% (k.A.) **NIB**: 3,7% (k.A.)	**IB**: 22/470 (4,7%) **NIB**: 224/6.014 (3,7%)	p=0,296
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Schnittverletzung oder Abschürfung eines Körperteils	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 7,7% (k.A.) **NIB**: 3,0% (k.A.)	**IB**: 36/470 (7,7%) **NIB**: 182/6.014 (3,0%)	p<0,001
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Schwellung oder Schmerz eines Körperteils	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine	**IB**: 3,6% (k.A.) **NIB**: 4,4% (k.A.)	**IB**: 17/470 (3,6%) **NIB**: 262/6.014 (4,4%)	p=0,447

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.			
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Verbrennung oder Verbrühung	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 1,9% (k.A.) **NIB**: 0,3% (k.A.)	**IB**: 9/470 (1,9%) **NIB**: 29/6.014 (0,3%)	p=0,001
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Verletzungen (innerhalb der letzten 12 Monate)	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie eine medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 20,4% (k.A.) **NIB**: 11,5% (k.A.)	**IB**: 96/470 (20,4%) **NIB**: 692/6.014 (11,5%)	standardisierter Incidence Ratio 1,78, 95% KI 1,44-2,17; p=k.A.
Ältere Erwachsene							
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Handgelenks-fraktur	**IB**: Fragebogen und computergestützte	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose	**IB**: 4,8% (k.A.) **NIB**: 12,7% (k.A.)	**IB**: k.A. (4,8%) **NIB**: k.A. (12,7%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**NIB**: k.A.			Konfidenzintervalle überlappen sich nicht
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Hüftfraktur	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 3,4% (k.A.) **NIB**: 2,9% (k.A.)	**IB**: k.A. (3,4%) **NIB**: k.A. (2,9%)	p=k.A. Konfidenzintervalle überlappen sich
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Hüftfraktur	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 4,1% (k.A.) **NIB**: 3,6% (k.A.)	**IB**: k.A. (4,1%) **NIB**: k.A. (3,6%)	p=k.A.
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	Femurfrak-turen (S72)	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Chapter XIX: S72	**IB**: 6,9% (k.A.) **NIB**: 1,3% (k.A.)	**IB**: 550/7.936 (6,9%) **NIB**: 106/7.936 (1,3%)	OR 5,5, 95% KI 4,4-k.A. (offensichtlich falsche Angabe in der Publikation), p<0,001
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	Frakturen des Unterschen-kels (inkl. Knöchelfrak-turen, S82)	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Chapter XIX: S82	**IB**: 4,1% (k.A.) **NIB**: 1,4% (k.A.)	**IB**: 326/7.936 (4,1%) **NIB**: 110/7.936 (1,4%)	OR 3,05, 95% KI 2,4-k.A. (offensichtlich falsche Angabe in der Publikation), p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Sandberg et al. (2017) (niedrig)	52	intrakranielle Verletzungen (S06)	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank (gesamte stationäre und ambulante fachärztliche Versorgung)	**IB** + **NIB**: ICD-10 Code Chapter XIX: S06	**IB**: 1,9% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 151/7.936 (1,9%) **NIB**: 75/7.936 (0,9%)	OR 2,03, 95% KI 1,5-k.A. (offensichtlich falsche Angabe in der Publikation), p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.7.3 Vergiftung

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Finlayson et al. 2010) zeigt bei 470 Erwachsenen mit IB ab 16 Jahren auf der Grundlage von Patientenakten aus insgesamt 631 Hausarztpraxen eine statistisch signifikant höhere Vergiftungsprävalenz bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (IB: 0,9% vs. NIB: 0,1%; p=0,008). Die Ergebnisse zum Outcome Vergiftungen sind in Tabelle 44 dargestellt.

Tabelle 44: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Unfälle/Verletzungen, Unterkategorie Vergiftung

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Finlayson et al. (2010) (niedrig)	24	Vergiftung	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: halbstrukturierter Fragebogen zum Sammeln von Informationen zu Verletzungen und Unfällen der letzten 12 Monate unter Verwendung der gleichen Kategorien und Verfahren wie im SHS 2003; Verletzungen wurden eingeschlossen, wenn sie medizinische oder pflegerische Behandlung erforderten. **NIB**: k.A.	**IB**: 0,9% (k.A.) **NIB**: 0,1% (k.A.)	**IB**: 4/470 (0,9%) **NIB**: 8/6.014 (0,1%)	p=0,008

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.8 Mundgesundheit (Fokus: Zahnlosigkeit)

Drei Publikationen, davon zwei mit niedrigem (Kinnear et al. 2019a; Mac Giolla Phadraig et al. 2015) und eine mit unklarem (McCarron et al. 2017a) Biasrisiko, berichten über Ergebnisse bei Menschen mit und ohne IB zum Thema Mundgesundheit, mehrheitlich zur Prävalenz von Zahnlosigkeit. In puncto Zahnlosigkeit und Zahnprobleme zeigt sich über alle Publikationen hinweg, dass Menschen mit IB häufiger von Zahnlosigkeit und Zahnproblemen betroffen sind als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse zur Mundgesundheit sind in Tabelle 45 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Bei einer schottischen Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Kinnear et al. 2019a) wurden auf zahlreichen Wegen (u. a. von Sozialarbeitsdienstleisterinnen/-dienstleistern, von lokalen Behörden, die finanzielle Unterstützung für Menschen mit IB anbieten, von spezialisierten Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern für Menschen mit IB, vom Gesundheitsamt etc.) 560 Erwachsene mit IB (im Alter von 18 bis 81 Jahren) identifiziert, die zwischen 2004 und 2006 an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen hatten. Ein Zahnstatus-Assessement ergab, dass rund 32 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit IB an Zahnlosigkeit leiden. Demgegenüber wurde bei Menschen ohne IB eine Zahnlosigkeitsprävalenz von 15 Prozent ermittelt. Für alle Altersgruppen, mit Ausnahme der 18- bis 24-Jährigen und der über 75-Jährigen – hier waren die Fallzahlen zu gering, wurden statistisch signifikant höhere Zahnlosigkeitsraten bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB festgestellt ($p<0,001$).

Ältere Erwachsene

Eine irische Publikation (IDS-TILDA, Welle 1) mit ebenfalls niedrigem Biasrisiko (Mac Giolla Phadraig et al. 2015) berichtet von einer Zufallsstichprobe irischer Erwachsener ab 50 Jahren aus dem nationalen Register für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Im Rahmen dieser Studie wurde im Zuge persönlicher Interviews der Zahnstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer evaluiert. Dabei zeigt sich, dass Menschen mit IB statistisch signifikant häufiger von Zahnlosigkeit betroffen sind als Menschen ohne IB (IB: 34,1% vs. NIB: 14,9%; $p<0,001$). Darüber hinaus wird deutlich, dass Personen ohne IB deutlich häufiger über keinen Zahnersatz (Vollprothese) verfügen, als dies in der Vergleichsgruppe beobachtet wird (IB: 20,9% vs. NIB: 0,4%; $p<0,001$).

Eine weitere irischen Studie (IDS-TILDA, Welle 3), ebenfalls basierend auf einer Zufallsstichprobe aus der nationalen Datenbank für Menschen mit IB von insgesamt 609 Erwachsenen mit IB ab 46 Jahren (unklares Biasrisiko) (McCarron et al. 2017a), berichtet neben dem Zahnstatus auch von der selbsteingeschätzten oralen Gesundheit. Dabei zeigt sich, dass die Mundgesundheit von Menschen mit und ohne IB in etwa gleich eingeschätzt wird (sehr gute oder exzellente orale Gesundheit: IB 39,4% vs. NIB 39,5%; p=k.A.). Tatsächlich aber sind Menschen mit IB statistisch signifikant häufiger von Zahnlosigkeit betroffen als die Allgemeinbevölkerung (IB: 28,3% vs. NIB: 16,9%; p=k.A.).

Tabelle 45: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Mundgesundheit

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Kinnear et al. (2019a) (niedrig)	64	Zahnlosigkeit	**IB**: Zahn-Assessment, durchgeführt von zwei Forschungs-assistentinnen/ -assistenten **NIB**: Interviews	**IB**: Anteil zahnloser Personen **NIB**: Eigenangabe Anzahl natürlicher Zähne	**IB**: 31,8% (k.A.) **NIB**: 15% (k.A.)	**IB**: 178/560 (31,8%) **NIB**: 384/2.547 (15%)	18–24 Jahre: Mantel–Haenszel (M-H) 4,95 95% KI 0,3-81,7; p<0,000 25–34 Jahre: M-H 8,56 95% KI 2,38-30,7; p<0,000 35–44 Jahre: M-H 16,5 95% KI 6,92-39,2); p<0,000 45–54 Jahre: M-H 8,17 95% KI 4,8-13,9; p<0,000 55–64 Jahre: M-H 3,14 95% KI 1,94-5,1; p<0,000 65–74 Jahre: M-H 6,36 95% KI 3,1-3,02); p<0,000 75+ Jahre: M-H 1,54 95% KI 0,44-5,4; p<0,000

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Mac Giolla Phadraig et al. (2015) (niedrig)	41	Zahnstatus	**IB** + **NIB**: Face-to-face-Interviews (Selbsteinschätzung)	**IB** + **NIB**: Was beschreibt Ihren Zahnzustand am besten? Drei Antwortmöglichkeiten für „Zähne vorhanden“: • Ich habe alle meine eigenen natürlichen Zähne - mir fehlen keine. • Ich habe meine eigenen Zähne, keinen Zahnersatz - aber einige fehlen. • Ich habe Zahnprothesen sowie einige von meinen eigenen Zähnen. Zwei Antwortmöglichkeiten für „zahnlos“: • Ich habe eine Vollprothese. • Ich habe keine Zähne / keinen Zahnersatz.	**IB**: Zähne vorhanden: 65,8% (k.A.) Ich habe alle meine eigenen natürlichen Zähne - mir fehlen keine: 9,4% (k.A.) Ich habe meine eigenen Zähne, keinen Zahnersatz - aber einige fehlen: 45,5% (k.A.) Ich habe Zahnprothesen sowie einige von meinen eigenen Zähnen: 10,9% (k.A.) zahnlos: 34,1% (k.A.) Ich habe eine Vollprothese: 13,2% (k.A.) Ich habe keine Zähne / keinen Zahnersatz: 20,9% (k.A.) **NIB**: Zähne vorhanden: 85,1% (k.A.) Ich habe alle meine eigenen natürlichen Zähne - mir fehlen keine: 10,7% (k.A.) Ich habe meine eigenen Zähne, keinen Zahnersatz - aber einige fehlen: 40,3% (k.A.) Ich habe Zahnprothesen sowie einige von meinen eigenen Zähnen: 34,2% (k.A.)	**IB**: Zähne vorhanden: 314/477 (65,8%) Ich habe alle meine eigenen natürlichen Zähne - mir fehlen keine: 45/477 (9,4%) Ich habe meine eigenen Zähne, keinen Zahnersatz - aber einige fehlen: 217/477 (45,5%) Ich habe Zahnprothesen sowie einige von meinen eigenen Zähnen: 52/477 (10,9%) zahnlos: 163/477 (34,1%) Ich habe eine Vollprothese: 63/477 (13,2%) Ich habe keine Zähne / keinen Zahnersatz: 100/477 (20,9%) **NIB**: Zähne vorhanden: 406/477 (85,1%) Ich habe alle meine eigenen natürlichen Zähne - mir fehlen keine: 51/477 (10,7%) Ich habe meine eigenen Zähne, keinen Zahnersatz - aber einige fehlen: 192/477 (40,3%)	p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
					zahnlos: 14,9% (k.A.) Ich habe eine Vollprothese: 14,5% (k.A.) Ich habe keine Zähne / keinen Zahnersatz: 0,4% (k.A.)	Ich habe Zahnprothesen sowie einige von meinen eigenen Zähnen: 163/477(34,2%) zahnlos: 71/477 (14,9%) Ich habe eine Vollprothese: 69/477 (14,5%), Ich habe keine Zähne / keinen Zahnersatz: 2/477 (0,4%),	
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	Selbsteinge-schätzte orale Gesundheit (sehr gut oder exzellent)	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: Likert-Skala: exzellent, sehr gut, gut, angemessen, schlecht **NIB**: k.A.	**IB**: 39,4% (k.A.) **NIB**: 39,5% (k.A.)	**IB**: 237/601 (39,4%) **NIB**: 2.607/6.600 (39,5%)	p=k.A.
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	Zahnlosigkeit	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: k.A. **NIB**: k.A.	**IB**: 28,3% (k.A.) **NIB**: 16,9% (k.A.)	**IB**: 171/603 (28,3%) **NIB**: 1.115/6.598 (16,9%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.9 Infektionserkrankungen

Zwei Publikationen (Cooper et al. 2015; Lunsky et al. 2017) mit niedrigem Biasrisiko berichten über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Menschen mit und ohne IB. Beide Publikationen berichten auf Basis administrativer Gesundheitsdaten von ähnlichen Zahlen bei Erwachsenen mit und ohne IB (virale Hepatitis (Cooper et al. 2015) sowie HIV (Lunsky et al. 2017)). Die Ergebnisse zu Infektionskrankheiten sind in Tabelle 46 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bei 8.014 Erwachsenen mit IB ab einem Alter von 18 Jahren stellt auf Basis von Patientenakten aus insgesamt 314 Hausarztpraxen idente Prävalenzzahlen für eine virale Hepatitis in beiden Vergleichsgruppen fest (IB+NIB: 0,1%; OR 0,82, 95% KI 0,39–1,74).

Eine repräsentative Vollerhebung in Ontario (Lunsky et al. 2017) aller Erwachsenen mit IB im Alter von 18 bis 64 Jahren findet – auf Basis administrativer Gesundheitsdaten – keinen statistisch signifikanten Unterschied in der HIV-Prävalenz im Vergleich zur NIB-Gruppe. Bei 64.080 Menschen mit IB wurde eine alters- und geschlechtsstandardisierte HIV-Rate von rund 163 Fällen pro 100.000 Personen (95% KI 132–200) beobachtet, bei Menschen ohne IB eine alters- und geschlechtsstandardisierte Prävalenz von 172 Fällen pro 100.000 (95% KI 167–178). Ein p-Wert wird nicht berichtet. Die Konfidenzintervalle überlappen sich jedoch, d. h. die Ergebnisse weisen keine statistische Signifikanz auf.

Tabelle 46: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Infektionserkrankungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Hepatitis							
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Hepatitis (viral)	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB** + **NIB**: 0,1% (k.A.)	**IB**: 7/8.014 (0,1%) **NIB**: 1.168/1.416.364 (0,1%)	OR 0,82, 95% KI 0,39–1,74; p=0,62
HIV							
Lunsky et al. (2017) (niedrig)	40	HIV	**IB** + **NIB**: verknüpfte administrative Daten zur Gesundheit und zu sozialen Dienstleistungen	**IB** + **NIB**: Präsenz eines der 3 Diagnosecodes (042, 043, 044) in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Jahren zwischen 1992 und 2013	**IB**: alters- und geschlechtsstandardisierte Rate pro 100.000 Personen: 163,4 (95% KI 132,3-199,6) **NIB**: alters- und geschlechtsstandardisierte Rate pro 100.000 Personen: 172,4 (95% KI 167,5–177,5)	**IB** + **NIB**: k.A.	kein Unterschied zwischen IB und NIB; p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.10 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

5.10.1 Aktivitäten des täglichen Lebens

Vier Publikationen, davon drei mit geringem (Boland et al. 2009; Boulet et al. 2009; Young-Southward et al. 2017) und eine mit unklarem (Landes 2017a) Biasrisiko, berichten über Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens bei Menschen mit und ohne IB. Mit einer Ausnahme (bei Problemen in der Vollrichtung alltäglicher Aktivitäten) (Boland et al. 2009) zeigt sich in allen Publikationen, dass Menschen mit IB häufiger und mehr Probleme in der Selbstpflege und bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten haben als Menschen ohne IB. Außerdem sind Menschen mit IB in der Selbstversorgung mehr eingeschränkt als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse zu Aktivitäten des täglichen Lebens werden in Tabelle 47 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Boulet et al. 2009) berichtet auf Basis einer Stichprobe von zufällig ausgewählten Kindern und Jugendlichen (n=700) aus zufällig ausgewählten Haushalten von der Häufigkeit, mit der Kinder und Jugendliche Unterstützung bei der persönlichen Pflege benötigen. Dabei zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit IB häufiger Hilfe bei der persönlichen Pflege brauchen als Kinder und Jugendliche ohne IB (IB: 31,2% vs. NIB: 0,1%; $p<0,01$).

Jugendliche und junge Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Young-Southward et al. 2017) mit Fokus auf Jugendliche und junge Erwachsene (basierend auf dem schottischen Zensus) untersucht 5.556 Jugendliche und junge Erwachsene mit IB im Alter von 13 bis 24 Jahren und kommt zu dem Ergebnis, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit IB bei Aktivitäten des täglichen Lebens häufiger und mehr eingeschränkt sind als Gleichaltrige ohne IB (stark eingeschränkt: IB: 65,2% vs. NIB: 1,7%; etwas eingeschränkt: IB: 23,3% vs. NIB: 4,1%; nicht eingeschränkt: IB: 11,5% vs. NIB: 94,2%). Nicht berichtet werden jedoch inferenzstatistische Angaben zu den Unterschieden.

Erwachsene

Eine irische Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Boland et al. 2009) identifiziert bei 247 Menschen mit IB im Alter von 15 bis 65 Jahren, die in 18 Einrichtungen, die spezielle Betreuungsleistungen für Menschen mit IB anbieten, Angebote in Anspruch nehmen, mehr Probleme bei der Selbstpflege (IB: 32% vs. NIB: 3,5%) und weniger Probleme bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (IB: 10,1% vs. NIB: 15,1%), wobei keine Inferenzstatistik berichtet wird. Der Unterschied in puncto alltäglicher Aktivitäten könnte damit auch nicht signifikant sein.

Eine US-amerikanische Studie mit unklarem Biasrisiko (Landes 2017a) berichtet auf Basis einer Personenstichprobe aus zufällig ausgewählten Haushalten von Einschränkungen in der Selbstversorgung bei 4.241 Menschen mit IB im Alter von 21 bis 84 Jahren. Gemessen an der Notwendigkeit, Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Baden, Anziehen, Essen oder Gehen in Anspruch zu nehmen, zeigt sich, dass Menschen mit IB in ihrer Selbstfürsorge statistisch signifikant häufiger eingeschränkt sind als Menschen ohne IB (IB: 47% vs. NIB: 9%; $p<0,001$).

Tabelle 47: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Aktivitäten des täglichen Lebens

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Boulet et al. (2009) (niedrig)	4	braucht Hilfe mit der persönlichen Pflege	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB** + **NIB**: The Child Sample Core Questionnaire	**IB**: 31,2% (2,24) **NIB**: 0,1% (0,01)	**IB**: 218/700 (31,2%) **NIB**: 0/82.875 (0,1%)	p<0,01
Jugendliche und junge Erwachsene							
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	Aktivitäten des tägl. Lebens (etwas einge-schränkt)	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 23,33% (k.A.) **NIB**: 4,09% (k.A.)	**IB**: 1.296/5.556 (23,33%)b **NIB**: 33.148/810.333 (4,09%)	p=k.A.
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	Aktivitäten des tägl. Lebens (nicht einge-schränkt)	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 11,48% (k.A.) **NIB**: 94,17% (k.A.)	**IB**: 638/5.556 (11,48%) **NIB**: 763.104/810.333 (94,17%)	p=k.A.
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	Aktivitäten des tägl. Lebens (stark einge-schränkt)	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 65,19% (k.A.) **NIB**: 1,74% (k.A.)	**IB**: 3.622/5.556 (65,19%) **NIB**: 14.081/810.333 (1,74%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Boland et al. (2009) (niedrig)	3	Probleme in der Selbstpflege	**IB**: persönliche Interviews, ggf. Proxy **NIB**: schriftlicher Fragebogen, ggf. Proxy (Selbsteinschätzung)	**IB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), modifiziert: Wie gut können Sie sich heute waschen und anziehen? 1. Ich kann mich ohne Probleme waschen und anziehen, 2. Ich habe gewisse Probleme damit, mich zu waschen und anzuziehen, 3. Ich kann mich nicht selbst waschen und anziehen **NIB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), keine weitere Angabe	**IB**: 32% (k.A.) **NIB**: 3,5% (k.A.)	**IB**: 79/247 (32%) **NIB**: 210/5.992 (3,5%)	p=k.A.
Boland et al. (2009) (niedrig)	3	Probleme in der Vollrichtung alltäglicher Aktivitäten	**IB**: persönliche Interviews, ggf. Proxy **NIB**: schriftlicher Fragebogen, ggf. Proxy (Selbsteinschätzung)	**IB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), modifiziert: alltägliche Aktivitäten (z. B. Arbeit, Sport, Familie, Freizeit): 1. Ich habe keine Probleme, meine alltäglichen Aktivitäten auszuführen, 2. Ich habe gewisse Probleme, meine üblichen Aktivitäten durchzuführen, 3. Ich habe viele Probleme, meine	**IB**: 10,1% (k.A.) **NIB**: 15,1% (k.A.)	**IB**: 25/247 (10,1%) **NIB**: 905/5.992 (15,1%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				alltäglichen Aktivitäten zu erledigen **NIB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), keine weitere Angabe			
Landes (2017a) (unklar)	37	Ein-schränkungen in der Selbst-versorgung	**IB** + **NIB**: Interviews; National Health Interview Survey - Linked Mortality Files (NHIS-LMF)	**IB** + **NIB**: Einschränkungen in der Selbstfürsorge, gemessen daran, ob die/der Einzelne Hilfe bei der persönlichen Pflege/Selbstpflege benötigte, wie Baden, Anziehen, Essen oder Umhergehen im Haus; kodiert mit 1 oder 0	**IB**: 47% (k.A.) **NIB**: 9% (k.A.)	**IB**: k.A./4.241 (47%) **NIB**: k.A./21.205(9%)	p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.10.2 Hören, Sehen, Sprechen

Fünf Publikationen, davon vier mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Segal et al. 2016; Young-Southward et al. 2017) und eine mit hohem (Cocks et al. 2016) Biasrisiko, berichten zu den Outcomes Hören, Sehen und Sprechen bei Menschen mit und ohne IB.

5.10.2.1 Hören

Vier Publikationen, davon drei mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Young-Southward et al. 2017) und eine mit hohem (Cocks et al. 2016) Biasrisiko, berichten über Einschränkungen beim Hören. Über alle Studien hinweg zeigt sich, dass Menschen mit IB eine höhere Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen (inklusive Taubheit) aufweisen als die Vergleichsgruppen ohne IB. Die Ergebnisse zum Outcome Hören sind in Tabelle 48 detailliert dargestellt.

Jugendliche und junge Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Young-Southward et al. 2017) mit Fokus auf Jugendliche und junge Erwachsene (basierend auf dem schottischen Zensus) untersucht 5.556 Jugendliche und junge Erwachsene mit IB im Alter von 13 bis 24 Jahren und findet eine höhere Prävalenzrate von Hörschwäche oder Taubheit bei Personen mit IB versus ohne IB (IB: 8,4% vs. NIB: 0,8%; OR 1,99, 95% KI 10,87–13,23; p=k.A.).

Erwachsene

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016), basierend auf Patientendaten aus 408 Hausarztpraxen von 14.751 Erwachsenen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren, berichtet höhere Prävalenzen in puncto Hörbeeinträchtigung bzw. Taubheit bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB (IB: 18,7% bzw. 8,3% vs. NIB: 8,3% bzw. 3,2%; PR 2,28, 95% KI 2,19-2,37 bzw. PR 2,59, 95% KI 2,42-2,76).

Eine weitere Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bestätigt diese Ergebnisse. Sie berücksichtigt Patientendaten aus 314 schottischen Hausarztpraxen von 8.014 Erwachsenen mit IB ab 18 Jahren und berichtet ebenfalls statistisch signifikant höhere Prävalenzraten von Hörschwäche oder Taubheit bei Menschen mit IB versus ohne IB (IB: 8,2% vs. NIB: 3,8%; OR 2,81, 95% KI 2,59-3,06; p<0,001).

Eine höhere Prävalenzrate von Hörproblemen findet sich auch in einer westaustralischen Studie mit hohem Biasrisiko (Cocks et al. 2016). Sie identifiziert in einem dreistufigen Rekrutierungsprozess 328 Personen mit IB zwischen 18 und 82 Jahren und beziffert die Prävalenz von Hörproblemen bei Menschen mit IB mit 26 Prozent versus 13 Prozent in der Vergleichsgruppe ohne IB. Inferenzstatistische Angaben zum Unterschied werden jedoch nicht berichtet.

Tabelle 48: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Hören

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Jugendliche und junge Erwachsene							
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	Hörschwäche oder Taubheit	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 8,4% (k.A.) **NIB**: 0,8% (k.A.)	**IB**: 465/5.556 (8,4%) **NIB**: 6.135/810.333 (0,8%)	OR 1,99, 95% KI 10,87–13,23; p=k.A.
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Hörbeein-trächtigung	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Hörbeeinträchtigung, aufgezeichnet zwischen 1. Jänner 2009 und 1. Jänner 2012	**IB**: 18,7% (k.A.) **NIB**: 8,3% (k.A.)	**IB**: 2.752/14.751 (18,7%) **NIB**: 7.111/86.221 (8,3%)	PR 2,28, 95% KI 2,19-2,37; p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Hörfähigkeit	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Hörfähigkeit, jemals aufgezeichnet zwischen 1. Jänner 2009 und 1. Jänner 2012	**IB**: 49,9% (k.A.) **NIB**: 10,9% (k.A.)	**IB**: 7.361/14.751 (49,9%) **NIB**: 9.403/86.221 (10,9%)	PR 4,58, 95% KI 4,47-4,71; p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Taubheit	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Taubheit, aufgezeichnet zwischen 1. Jänner 2009 und 1. Jänner 2012	**IB**: 8,3% (k.A.) **NIB**: 3,2% (k.A.)	**IB**: 1.220/14.751 (8,3%) **NIB**: 2.784/86.221 (3,2%)	PR 2,59, 95% KI 2,42-2,76; p=k.A.
Cocks et al. (2016) (hoch)	6	Hörprobleme	**IB**: persönliche Interviews mit Person oder Proxy **NIB**: Interview	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 26.0% (20,0-29,4) **NIB**: 13% (k.A.)	**IB**: 81/328 (26,0%) **NIB**: k.A. (13%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Hörverlust	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikation und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 8,2% (k.A.) **NIB**: 3,8% (k.A.)	**IB**: 657/8.014 (8,2%) **NIB**: 54.077/1.416.364 (3,8%)	OR 2,81, 95% KI 2,59-3,06; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.10.2.2 Sehen

Vier Publikationen, davon drei mit niedrigem (Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Young-Southward et al. 2017) und eine mit hohem Biasrisiko (Cocks et al. 2016), berichten über die Prävalenz Seheinschränkungen. In allen Publikationen mit niedrigem Biasrisiko wird dabei unabhängig vom Alter der Studienteilnehmerinnen/Studienteilnehmer bei Menschen mit IB eine höhere Prävalenz an Sehstörungen, Sehschwäche oder Blindheit beobachtet als bei Personen ohne IB. Lediglich eine Publikation mit hohem Biasrisiko (Cocks et al. 2016) berichtet von einer geringeren Prävalenz von Sehschwierigkeiten bei Menschen mit versus ohne IB. Die Ergebnisse zum Outcome Sehen sind in Tabelle 49 detailliert dargestellt.

Jugendliche und junge Erwachsene

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Young-Southward et al. 2017) mit Fokus auf Jugendliche und junge Erwachsene (basierend auf dem schottischen Zensus) untersucht 5.556 Jugendliche und junge Erwachsene mit IB im Alter von 13 bis 24 Jahren und berichtet eine höhere Prävalenzrate von Sehschwäche oder Blindheit bei Personen mit IB versus ohne IB (IB: 11,2% vs. NIB: 0,5%; OR 25,777, 95% KI 23,574–28,185).

Erwachsene

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016), basierend auf Patientendaten aus 408 Hausarztpraxen von 14.751 Erwachsenen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren, berichtet eine höhere Prävalenz in puncto bilateraler Sehbeeinträchtigung oder Sehverlust bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB (IB: 4,7% vs. NIB: 0,6%; PR 7,86, 95% KI 7,01-8,82).

Eine weitere Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bestätigt diese Ergebnisse. Sie berücksichtigt Patientendaten aus 314 schottischen Hausarztpraxen von 8.014 Erwachsenen mit IB ab 18 Jahren und berichtet ebenfalls eine statistisch signifikant höhere Prävalenz von Seheinschränkungen bei Menschen mit IB versus ohne IB (IB: 3,2% vs. NIB: 0,6%; OR 7,81, 95% KI 6,86–8,89; p<0,001).

Eine geringere Prävalenzrate von Sehproblemen findet sich in einer westaustralischen Studie mit hohem Biasrisiko (Cocks et al. 2016). Sie identifiziert in einem dreistufigen Rekrutierungsprozess 328 Personen mit IB zwischen 18 und 82 Jahren und beziffert die Prävalenz

von Sehproblemen bei Menschen mit IB mit 31,7 Prozent vs. 52 Prozent in der Vergleichsgruppe ohne IB. Inferenzstatistische Angaben zum Unterschied werden jedoch nicht berichtet.

Tabelle 49: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Sehen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Jugendliche und junge Erwachsene							
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	Sehschwäche oder Blindheit	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 11,2 **NIB**: 0,5	**IB**: 623/5.556 (11,21%) **NIB**: 3.951/810.333 (0,49%)	OR 25,777, 95% KI 23,574–28,185; p=k.A.
Erwachsene							
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	bilaterale(r) Sehbeeinträchtigung bzw. Sehverlust	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: jemals aufgetreten	**IB**: 4,7% (k.A.) **NIB**: 0,6% (k.A.)	**IB**: 687/14.751 (4,7%) **NIB**: 510/86.221 (0,6%)	PR 7,86, 95% KI 7,01-8,82; p=k.A.
Cocks et al. (2016) (hoch)	6	Sehprobleme	**IB**: persönliche Interviews mit Person oder Proxy **NIB**: Interview	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 31,7% (24,3-34,2) **NIB**: 52% (k.A.)	**IB**: 52/328 (31,7%) **NIB**: k.A. (52%)	p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Sehbehinderung	**IB** + **NIB**: Datenerhebung aus Datenbank	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikation und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 3,2% (k.A.) **NIB**: 0,6% (k.A.)	**IB**: 258/8.014 (3,2%) **NIB**: 8.120/1.416.364 (0,6%)	OR7,81, 95% KI 6,86–8,89; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.10.2.3 Sprechen

In einer Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Segal et al. 2016) wurde bei Menschen mit IB eine höhere Rate an Sprachproblemen ermittelt als in der Vergleichsgruppe ohne IB. Das Ergebnis zum Outcome Sprachprobleme ist in Tabelle 50 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Segal et al. 2016), die bei 672 0- bis 17-Jährigen mit IB durchgeführt wurde (repräsentative Zufallsstichprobe privater Haushalte), berichtet über eine statistisch signifikant höhere Prävalenz an Sprachproblemen bei Kindern und Jugendlichen mit IB im Vergleich zu einer gleichaltrigen Vergleichsgruppe ohne IB (IB: 65,8% vs. NIB: 2,3%; $p<0,001$).

Tabelle 50: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Sprechen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	Sprach-probleme	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: „Wurden bei Ihrem Kind jemals Sprachprobleme diagnostiziert? - Wenn ja, ist diese Diagnose noch aktuell?“	**IB**: 65,8% (k.A.) **NIB**: 2,3% (k.A.)	**IB**: 442/672 (65,8%) **NIB**: 992/43.146 (2,3%)	prozentueller Unterschied: 63,5%,95% KI 54,9-72,1; p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.10.3 Mobilität

Vier Publikationen, davon drei mit geringem (Boland et al. 2009; Boulet et al. 2009; Carey et al. 2016) und eine mit unklarem Biasrisiko (Landes 2014), berichten über Einschränkungen in der Mobilität. Eine weitere Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Young-Southward et al. 2017) berichtet zudem über die Häufigkeit körperlicher Behinderungen bei Menschen mit und ohne IB. Sämtliche Publikationen berichten übereinstimmend von einer höheren Prävalenz an Mobilitätseinschränkungen bei Menschen mit IB versus ohne IB bzw. über eine höhere Prävalenz körperlicher Behinderungen im Vergleich zur NIB-Gruppe. Die Ergebnisse zum Outcome Mobilitätseinschränkungen sind in Tabelle 51 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Boulet et al. 2009) berichtet auf Basis einer Stichprobe von zufällig ausgewählten Kindern und Jugendlichen (n=700) aus zufällig ausgewählten Haushalten von Einschränkungen in der Fähigkeit zu kriechen, zu gehen, zu laufen oder zu spielen. Dabei zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit IB statistisch signifikant häufiger diesbezügliche Einschränkungen zeigen als Kinder und Jugendliche ohne IB (IB: 27,3% vs. NIB: 1,2%; p<0,001).

Erwachsene

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Carey et al. 2016), basierend auf Patientendaten aus 408 Hausarztpraxen von 14.751 Erwachsenen mit IB im Alter von 18 bis 84 Jahren, beobachtet eine höhere Prävalenz an Mobilitätseinschränkungen bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB (IB: 11,4 vs. NIB: 0,5%; PR 24,02, 95% KI 21,53-26,79; p=k.A.).

Eine irische Publikation mit niedrigem Biasrisiko (Boland et al. 2009) berichtet bei 247 Menschen mit IB im Alter von 15 bis 65 Jahren, die in 18 Einrichtungen, die spezielle Betreuungsleistungen für Menschen mit IB anbieten, Angebote in Anspruch nehmen, ebenfalls eine höhere Prävalenz an Mobilitätseinschränkungen bei Personen mit versus ohne IB (IB: 23,5% vs. NIB: 12,5%; p=k.A.), jedoch ohne eine inferenzstatistische Angaben.

Eine US-amerikanische Studie mit unklarem Biasrisiko (Landes 2014) zeigt auf Basis einer Personenstichprobe von 1.203 Menschen mit IB im Alter von 21 bis 84 Jahren aus zufällig

ausgewählten Haushalten eine statistisch signifikant höhere Prävalenz an Mobilitätseinschränkungen bei Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB (IB: 12% vs. NIB: 5%; p<0,001).

Eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Young-Southward et al. 2017) mit Fokus auf Jugendliche und junge Erwachsene (basierend auf dem schottischen Zensus) untersucht 5.556 Jugendliche und junge Erwachsene mit IB im Alter von 13 bis 24 Jahren und kommt zu dem Ergebnis, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit IB häufiger körperliche Behinderungen aufweisen als Gleichaltrige ohne IB (IB: 32,1% vs. NIB: 0,9%; OR 54,46, 95% KI 51,23–57,91; p=k.A.). Nicht berichtet werden inferenzstatistische Angaben zu den Unterschieden.

Tabelle 51: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Mobilität

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Boulet et al. (2009) (niedrig)	4	eingeschränkt in der Fähigkeit zu krabbeln, zu gehen, zu laufen oder zu spielen	**IB** + **NIB**: Interviews	**IB** + **NIB**: The Child Sample Core Questionnaire	**IB**: 27,3% (2,09) **NIB**: 1,2% (0,05)	**IB**: 191/700 (27,3%) **NIB**: 995/82.875 (1,2%)	p<0,01
Jugendliche und junge Erwachsene							
Young-Southward et al. (2017) (niedrig)	59	körperliche Behinderung	**IB** + **NIB**: Zensus	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: 32,1% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 1.783/5.556 (32,09%) **NIB**: 6.965/810.333 (0,86%)	OR 54,46, 95% KI 51,23–57,91; p=k.A.
Erwachsene							
Boland et al. (2009) (niedrig)	3	Probleme in der Mobilität	**IB**: persönliche Interviews, ggf. Proxy **NIB**: schriftlicher Fragebogen, ggf. Proxy (Selbsteinschätzung)	**IB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), modifiziert: Können Sie heute gehen? 1. Ich kann ohne Probleme herumgehen, 2. Ich	**IB**: 23,5% (k.A.) **NIB**: 12,5% (k.A.)	**IB**: 58/247 (23,5%) **NIB**: 749/5.992 (12,5%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				habe einige Probleme beim Umhergehen, 3. Ich benutze einen Rollstuhl, 4. Ich muss im Bett bleiben. **NIB**: EuroQol EQ-5D (ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), ohne weitere Angabe			
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Schwierig-keiten mit Mobilität	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Schwierigkeiten mit Mobilität, aufgezeichnet zwischen 1. Jänner 2009 und 1. Jänner 2012	**IB**: 11,4% (k.A.) **NIB**: 0,5% (k.A.)	**IB**: 1.677/14.751 (11,4%) **NIB**: 418/86.221 (0,5%)	PR 24,02, 95% KI 21,53-26,79; p=k.A.
Landes (2014) (unklar)	39	Mobilitäts-einschrän-kungen	**IB** + **NIB**: Interviews; National Health Interview Survey - Linked Mortality Files (NHIS-LMF)	**IB** + **NIB**: Mobilitätseinschränkungen werden mit 1 für Personen kodiert, die angegeben haben, dass sie Schwierigkeiten haben, ohne spezielle Ausrüstung zu gehen; andernfalls werden sie mit 0 kodiert	**IB**: 12% (k.A.) **NIB**: 5% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.10.4 Inkontinenz

Der Outcome Inkontinenz wird in vier Publikationen berichtet. Drei Publikationen mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008; García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2011) beziehen sich ausschließlich auf Harninkontinenz, während die vierte Publikation (niedriges Biasrisiko) (Carey et al. 2016) sowohl für Harn- als auch für Stuhlinkontinenz Ergebnisse liefert. Insgesamt zeigt sich, dass Menschen mit IB häufiger an Inkontinenz leiden als Menschen ohne IB, sowohl in einem breiteren Alterskollektiv als auch bei Studien mit eher älteren Erwachsenen. Die Ergebnisse zur Inkontinenz im Detail sind in Tabelle 52 dargestellt.

Erwachsene

Die zahlenmäßig größte Studie (niedriges Biasrisiko) (Carey et al. 2016) basiert auf einer Vollerhebung elektronischer Patientenakten aus 408 Hausarztpraxen in England, bei der insgesamt 14.751 Personen mit IB im Alter ab 18 Jahren untersucht wurden. Sie beziffert die Inkontinenzprävalenz in der IB-Gruppe mit 11,9 Prozent in puncto Harninkontinenz und mit 3,9 Prozent in Sachen Stuhlinkontinenz im Vergleich zu NIB-Gruppe mit 3,1 bzw. 0,3 Prozent. Menschen mit IB sind demnach häufiger von Harn- und auch von Stuhlinkontinenz betroffen (Harninkontinenz: PR 4,00, 95% KI 3,77-4,23, p=k.A.; Stuhlinkontinenz: PR 14,43, 95% KI 12,39-16,80, p=k.A.).

Unter den Studien zum Thema Inkontinenz befindet sich auch eine Studie aus Österreich mit unklarem Biasrisiko (Brehmer et al. 2008), in der 190 Personen ab 18 Jahren befragt wurden, die in 15 Zentren in Niederösterreich und Wien Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nehmen. Der Vergleich lässt auf eine deutlich höhere Harninkontinenzprävalenz bei Menschen mit IB gegenüber Menschen ohne IB schließen (25,3% vs. 5,9%; p=k.A.). Es wurde jedoch keine inferenzstatistische Prüfung dieses Unterschieds berichtet.

Analog dazu berichtet eine irische Studie mit unklarem Biasrisiko (McCarron et al. 2011) von einer deutlich höheren Harninkontinenzprävalenz bei Patientinnen und Patienten mit IB (26,7%) versus ohne IB (9,3%). Auch hier wird keine inferenzstatistische Prüfung des Ergebnisses berichtet. In der Studie wurden 753 Personen mit IB ab einem Alter von 41 Jahren inkludiert, die in einer Datenbank für Menschen mit IB gelistet sind.

Eine weitere Studie aus Spanien mit ebenfalls unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020), die 1.040 Personen ab 44 Jahren, die Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, untersucht, bestätigt ebenfalls den zuvor berichteten Unterschied (IB: 18,7% vs. NIB: 3,8%; OR 5,77, 95% KI k.A.; p<0,001).

Tabelle 52: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Inkontinenz

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Harn-inkontinenz	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: computer-gestützte Interviews (CAPI)	**IB**: k.A. **NIB**: „Hatten Sie jemals …?“ (Mehrfachangaben möglich)	**IB**: 25,3% **NIB**: 5,9%	**IB**: 48/190 (25,3%) **NIB**: 885/15.000 (5,9%)	p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Harn-inkontinenz	**IB**: Daten aus Patientenakten **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 11,9% (k.A.) **NIB**: 3,1% (k.A.)	**IB**: 1.755/14.751 (11,9%) **NIB**: 2.663/86.221 (3,1%)	PR 4,00, 95% KI 3,77-4,23; p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Stuhl-inkontinenz	**IB**: Daten aus Patientenakten **NIB**: Daten aus Patientenakten	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 3,9% (k.A.) **NIB**: 0,3% (k.A.)	**IB**: 579/14.751 (3,9%) **NIB**: 240/86.221 (0,3%)	PR 14,43, 95% KI 12,39-16,80; p-=k.A.
Erwachsene ab 41 Jahren							
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Harn-inkontinenz	**IB**: Fragebogen, ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines	**IB**: 18,7% (k.A.) **NIB**: 3,8% (k.A.)	**IB**: 194/1.040 (18,7%) **NIB**: 463/12.172 (3,8%)	OR 5,77, 95% KI k.A.; p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			Serviceeinrichtungen für Menschen mit IB **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?			
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Harn-inkontinenz	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose **NIB**: k.A.	**IB**: 26,7% (k.A.) (nur Altersgruppe 50-64 Jahre) **NIB**: 9,3% (k.A.)	**IB**: k.A. (26,7%) **NIB**: k.A. (9,3%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.11 Lebensqualität

Eine irische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Boland et al. 2009) bei 247 Menschen mit IB im Alter von 15 bis 65 Jahren aus Behinderteneinrichtungen, die im Rahmen persönlicher Interviews befragt wurden, berichtet von einem höheren Prozentanteil an Personen mit sehr guter oder guter Lebensqualität in der IB-Gruppe im Vergleich zur NIB-Gruppe (IB 91,1% vs. 85,4%; p=k.A.). Allerdings ist das Ergebnis nicht inferenzstatistisch abgesichert. Die Ergebnisse der Studie sind im Detail in Tabelle 53 dargestellt.

Drei weitere Studien haben nicht die Einschlusskriterien erfüllt. Darüber hinaus muss hier erwähnt werden, dass nicht explizit nach dem Thema Lebensqualität gesucht wurde.

Tabelle 53: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Lebensqualität

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) Mittelwert (SD) oder Median (IQR)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Boland et al. (2009) (niedrig)	3	Lebens-qualität (sehr gut oder gut)	**IB**: persönliche Interviews, ggf. Proxy **NIB**: schriftlicher Fragebogen, ggf. Proxy (Selbsteinschätzung)	**IB**: SLAN (Survey of Lifestyle, Attitudes, and Nutrition) Umfrage, modifiziert: Genießen Sie das Leben? sehr gut, gut, mittelmässig, nicht sehr gut **NIB**: SLAN (Survey of Lifestyle, Attitudes, and Nutrition) Umfrage (keine weitere Angabe)	**IB**: 91,1% (k.A.) **NIB**: 85,4% (k.A.)	**IB**: 225/247 (91,1%) **NIB**: 5.117/5.992 (85,4%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12 Sterblichkeit

5.12.1 Gesamtsterblichkeit

Dreizehn Publikationen, zehn davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Dieckmann et al. 2015; Florio/Trollor 2015; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; McCarron et al. 2015; Ng et al. 2017; Stankiewicz et al. 2018; Trollor et al. 2017) und drei mit unklarem Biasrisiko (Emerson et al. 2014a; Landes 2017a; Landes 2017b), berichten Ergebnisse zur Gesamtmortalität. Die Publikationen zeigen, dass Menschen mit IB höhere Mortalitätsraten aufweisen als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 54 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit geringem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien zeigt eine statistisch signifikant höhere Sterberate bei Kindern und Jugendlichen mit IB im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne IB (3,1% vs. 0,7%, p<0,001; HR[6] 8,7, 95% KI 7,7-9,9).

Kinder und Erwachsene

Fünf Publikationen (Emerson et al. 2014a; Florio/Trollor 2015; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; McCarron et al. 2015) berichten über die Gesamtsterblichkeit bei Kindern und Erwachsenen. Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko ist eine australische Studie bei allen Personen aus dem Register für Menschen mit IB in Neusüdwales, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen (40.705 Personen mit IB) (Florio/Trollor 2015). Diese Studie zeigt eine standardisierte Mortalitätsrate von 3,15 pro 1.000 (95% KI 2,94-3,38) und eine altersstandardisierte vergleichende Mortalitätsrate von 2,55 pro 1.000 bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB. Die vier weiteren

[6] Das Hazard Ratio (kurz HR) ist ein Quotient aus den Sterberaten zweier Gruppen und gibt an, um wie viel die Sterberate in der einen Gruppe höher ist im Vergleich zu der Sterberate der anderen Gruppe.

Studien zeigen ähnliche Ergebnisse mit höheren rohen oder altersstandardisierten Mortalitätsraten bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (s. Tabelle 54).

Erwachsene

Sechs Publikationen berichten über die Gesamtmortalität bei Erwachsenen (Dieckmann et al. 2015; Hosking et al. 2016; Landes 2017a; Landes 2017b; Stankiewicz et al. 2018; Trollor et al. 2017). Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko ist eine kanadische Studie, die 40.691 Personen mit IB ab 25 Jahren inkludiert, die in verschiedenen kanadischen Datenbanken erfasst waren (Stankiewicz et al. 2018). Sie zeigt eine höhere Sterblichkeit bei Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB mit einer standardisierten Mortalitätsrate von 3,67 (95% KI 3,4-3,9). Diese Ergebnisse werden von den anderen Studien bestätigt, mit Ausnahme der US-amerikanischen Studie von Landes (Landes 2017a), die eine rohe Mortalitätsrate von 19 Prozent bei Menschen mit IB und von 25 Prozent bei Menschen ohne IB zeigt und dieses Ergebnis auf die unterschiedlichen Geburtskohorten zurückführt (IB: durchschnittliche Geburtskohorte 1957, NIB: durchschnittliche Geburtskohorte 1947).

Ältere Erwachsene

Eine Publikation aus Schweden mit niedrigem Biasrisiko (Ng et al. 2017) untersucht alle Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (n=15.289) und zeigt höhere Mortalitätsraten bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (Incidence Rate Ratio 3,07, 95% KI 2,96-3,18).

Tabelle 54: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Mortalität, Unterkategorie Gesamtsterblichkeit

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: statistische Berechnung aus Registerdaten	**IB** + **NIB**: univariate und multivariate Cox-Proportional Hazards-Regressionsmodelle (abhängig vom Erreichen des Minimumalters: 1-5 Jahre, 6-11 Jahre, 12-25 Jahre und Gesamtmortalität auf 25 Jahre). multivariate Cox-Proportional Hazards-Regressionsmodelle - Adjustierung für Gestationsalter, POBW, Geschlecht des Säuglings, mütterliches Alter, Ehe-Status, Parität, Geburtsjahr, sozioökonomisches Niveau und Region	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 326 Tote/10.593 in den Jahren 1983-2010 **NIB**: 5.253 Tote /710.198 in den Jahren 1983-2010	**IB**: 326 Tote/10.593 (3,1%) **NIB**: 5.253 Tote/710.198 (0,7%)	HR 8,7, 95% KI 7,7-9,9; p<0,001 HR adjustiert 6,1 95% KI 5,3-7,0; p<0,001
Kinder und Erwachsene							
Emerson et al. (2014a) (unklar)	19	altersstandar-disierte Mortalität	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: altersspezifische Mortalitätsraten, berechnet als Anzahl der Todesfälle der Personen in jedem 5-Jahres-Altersbereich ab 20 Jahren im Studienzeitraum, geteilt durch die gesamten Personenjahre in diesem Altersbereich in der	**altersstandardisierte Mortalitätsrate:** **IB** + **NIB**: k.A. (nur in Abbildung 1 der Publikation ersichtlich)	**IB** + **NIB**: k.A. (nur in Abbildung 1 der Publikation ersichtlich)	alters-standardisierte Mortalität der unter 75-Jährigen war statistisch signifikant höher für Personen mit IB vs. NIB (in 27 von 33

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				Bevölkerung. Altersstandardisierte Mortalitätsraten werden so angepasst, dass sie dem Altersprofil einer „europäischen Standardbevölkerung“ entsprechen; Darstellung: unter 75-Jährige			untersuchten Jahren)
Florio/Trollor (2015) (niedrig)	25	standar-disierte Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Berechnung der Anzahl der erwarteten Todesfälle gemäß der Standard-Altersverteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Ahmad et al. 2001), eingeteilt in fünfjährige Altersgruppen	**altersstandardisierte Todesrate:** **IB**: 4,04/1.000 **NIB**: 1,58/1.000	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 817/269	SMR 3,15, 95% KI 2,94-3,38; p=k.A. vergleichende Mortalitätsrate (alters-standardisiert): 2,55; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Berechnung der standardisierten Mortalitätsrate nach Eayres 2008; für Gesamtmortalität: direkte Standardisierung für das Alter auf die europäische Standardbevölkerung 2013 (Eurostat 2013)	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 11,2/1.000 Personen/Jahr (95% KI 10,4-12,1) **NIB**: 8,8/1.000 Personen/Jahr (95% KI 8,7-8,8)	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 664/208,7	SMR 3,18, 95% KI 2,94-3,43; p=k.A.
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB**: Daten von allen Einrichtungen, die Dienstleistungen oder Unterstützung für die verstorbenen Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung erbringen **NIB**: Potenzielle Vergleichsfälle wurden aus Auflistungen von	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 16,2 Tote/1.000 Personen/Jahr **NIB**: 8,8 Tote/1.000 Personen/Jahr	k.A.	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				Todesfällen in Allgemeinpraxen identifiziert, bei denen der Tod einer Person mit IB gemeldet worden war. Die Vergleichsgruppe wurde nicht 1:1 gematcht, sondern nach Sterbemonat, grober Todesursache, Alter bei Tod und Geschlecht gewichtet (balanciert), um eine ähnliche Verteilung wie bei den Menschen mit IB zu erreichen.			
McCarron et al. (2015) (niedrig)	43	rohe Mortalitäts-rate	**IB**: Daten aus „National Intellectual Disability Database (NIDD)“ **NIB**: Zensus	**IB**: jährliche Mortalitätsanzeigen der NIDD; Verstorbene in den Jahren 2003-2012 **NIB**: Irish Central Statistics Office (ICSO)	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 8,35% Tote in den Jahren 2003-2012 **NIB**: 5,88% Tote in den Jahren 2003-2012	**IB**: 2.666/31.943 (8,35%) **NIB**: 284.523/4.841.082 (5,88%)	SMR 385, 95% KI 370-400
Erwachsene							
Dieckmann et al. (2015) (niedrig)	14	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB**: Sterblichkeitsmethode nach Farr: Anzahl der Todesfälle im Zeitraum 2009-2007 dividiert durch die Summe der Menschen im selben Zeitraum ((Todesfälle 2007 + Todesfälle 2008 + Todesfälle 2009) / (Bevölkerung 2007 + Bevölkerung 2008 + Bevölkerung 2009)) **NIB**: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: Westfalen-Lippe: 10,3/1.000 Personen Baden-Württemberg: 14,2/1.000 Personen **NIB**: 10,1-10,4/1.000 Personen	k.A.	k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Personen mit IB wurden verglichen mit bis zu 7 alters-, Geschlecht gematchten Personen ohne IB	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 132,4/10.000 Personen/Jahr **NIB**: 39,7/10.000 Personen/Jahr	**IB**: 656/16.666 (3,94%) **NIB**: 1.358/113.562 (1,2%)	HR 3,62, 95% KI 3,33-3,93; p=k.A. HR adjustiert 3,05, 95% KI 2,73-3,41; p=k.A.
Landes (2017a) (unklar)	37	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Interviews; National Health Interview Survey - Linked Mortality Files (NHIS-LMF)	**IB** + **NIB**: National Health Interview Survey - Linked Mortality Files (NHIS-LMF)	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 19% (SD 40%) (durchschnittliche Geburtskohorte 1957) **NIB**: 25% (SD 43%) (durchschnittliche Geburtskohorte 1947)	**IB** + **NIB**: k.A.	p<0,001
Landes (2017b) (unklar)	38	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Interviews; National Health Interview Survey - Linked Mortality Files (NHIS-LMF)	**IB** + **NIB**: National Health Interview Survey - Linked Mortality Files (NHIS-LMF)	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: (1) Survey Sample: 17,74% (k.A.) (2) Personenjahrsample: 1,19% (k.A.) **NIB**: (1) Survey Sample: 17,07% (k.A.) (2) Personenjahrsample 1,17% (k.a.)	**IB**: (1) Survey Sample: 854/4.812 (17,74%) (2) Personenjahrsample: Personenjahre 69.460 (1,19%) **NIB**: (1) Survey Sample: 201.151/1.178.387 (17,07%) (2) Personenjahrsample: Personenjahre 13.156.681 (1,17%)	OR 10,24, 95% KI 7,75-13,52, p<0,001
Stankiewicz et al. (2018) (niedrig)	70	Standardi-sierte Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Gesamt- und geschlechtsspezifische standardisierte Mortalitätsraten wurden aus den Mortalitätsraten in der IDD-Population und den entsprechenden Mortalitätsraten	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 2011: 31,1/1.000 Personenjahre 2012: 27,1/1.000 Personenjahre	k.A.	SMR 2013: 3,67, 95% KI 3,4-3,9; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				in der allgemeinen Bevölkerung von Ontario abgeleitet. Konfidenzintervalle für die altersstandardisierten Raten und standardisierten Mortalitätsraten wurden mit der Gamma-Methode berechnet (Fay und Feuer 1997).	2013: 24,3/1.000 Personenjahre 2014: 22,6/1.000 Personenjahre **NIB**: k.A. **altersstandardisierte Mortalitätsrate:** **IB**: 2011: 37,4/1.000 Personenjahre (95% KI 35,3-39,6) 2012: 33,4/1.000 Personenjahre (95% KI 31,3-35,5) 2013: 31,1/1.000 Personenjahre (95% KI 29,1-33,2) 2014: 30,3/1.000 Personenjahre (95% KI 28,3-32,4)		
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	alters-spezifische Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Anzahl der Toten geteilt durch die Gesamtzahl der Personenjahre in dieser Altersgruppe in der Bevölkerung	**altersstandardisierte Mortalitätsrate:** **IB**: 7,5/1.000 Personen (95% KI 6,7-8,4) **NIB**: 5,7/1.000 Personen (95% KI 5,6-5,7)	k.A.	Comparative Mortality Figure (CMF) 1,3, 95% KI 1,2-1,5; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene (ab 55 Jahren)							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	rohe Mortalitäts-rate	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB**: Verstorbene in den Jahren 2002-2015 **NIB**: n.a.	**rohe Mortalitätsrate:** **IB**: 2.483 Tote/100.000 in den Jahren 2002-2015 **NIB**: 810 Gestorbene/100.000 in den Jahren 2002-2015	**IB**: 4.738/15.289 (31,0%) **NIB**: 8.364/76.445 (10,9%)	Incidence Rate Ratio 3,07, 95% KI 2,96-3,18; p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.2 Potenziell vermeidbare Sterblichkeit

Die potenziell vermeidbare Sterblichkeit umfasst Todesursachen, die – in einem bestimmten Alter (meist unter 75 Jahren) – durch präventive Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit und/oder durch eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung vermieden werden können (z. B. Brustkrebs, Lungenkrebs, Unfalltote) (Glover et al. 2017). Da einige Todesursachen sowohl präventiv als auch durch Behandlung vermeidbar sind (z. B. ischämische Herzkrankheiten), ist die Anzahl der potenziell vermeidbaren Todesfälle geringer als die Summe aus präventiv vermeidbar und behandelbar (Hosking et al. 2016).

Zwei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017; Hosking et al. 2016) berichten Ergebnisse zur potenziell vermeidbaren Sterblichkeit. Sie zeigen, dass die vermeidbare Sterblichkeit bei Menschen mit IB höher ist als in der Bevölkerung ohne IB. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 55 dargestellt.

Erwachsene

Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die alle Menschen mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über einen höheren Anteil potenziell vermeidbarer Sterbefälle bei Kindern und Erwachsenen mit IB versus ohne IB (IB: 44,7% vs. NIB: 21%; p=k.A.). Die durch eine hochwertige Behandlung vermeidbaren Sterbefälle wiegen bei Menschen mit IB schwerer als die präventiv vermeidbaren Todesfälle (Glover et al. 2017). Bei der Bevölkerug ohne IB ist dies genau umgekehrt.

Eine zweite englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Hosking et al. 2016), basierend auf allen Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren, die zwischen 2009 und 2013 in einer von 343 Hausarztpraxen registriert waren (16.666 Personen, 656 Verstorbene), weist ebenfalls eine höhere potenziell vermeidbare Sterblichkeitsrate für Menschen mit IB im Vergleich zur NIB-Gruppe aus (IB: 41,4 Todesfälle pro 10.000 vs NIB: 18,9; HR adjustiert 3,44, 95% KI 3,05-3,89; p=k.A.) mit einer deutlich höheren Rate bei der durch Behandlung vermeidbaren Sterblichkeit (s. Tabelle 55). Auch hier stellt sich dies bei der NIB-Gruppe genau umgekehrt dar.

Tabelle 55: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Potenziell vermeidbare Mortalität

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	potenziell vermeidbare Sterblichkeit (in % aller Todesfälle)	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Office-of-National-Statistics(ONS)-Kriterien der vermeidbaren Todesfälle; Darstellung in % aller Todesfälle	**IB**: 44,7% (41,0-48,5) **NIB**: 21,0% (20,7-21,3)	**IB** + **NIB**: k.A.	p=k.A.
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	potenziell vermeidbare Sterblichkeit (in % aller Todesfälle)	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: vermeidbar: 46,3% (k.A.), adjustierte Sterberate: 41,4 Todesfälle pro 10.000 Personen/Jahr; präventiv vermeidbar: 19% (k.A.), adjustierte Sterberate: 25,6 Todesfälle pro 10.000 Personen/Jahr; behandelbar: 37% (k.A.), adjustierte Sterberate: 49,1 Todesfälle pro 10.000 Personen/Jahr **NIB**: 47,5% (k.A.), adjustierte Sterberate: 18,9 Todesfälle pro 10.000 Personen/Jahr; präventiv vermeidbar: 40% (k.A.), adjustierte Sterberate: 15,9 Todesfälle pro 10.000 Personen/Jahr;	**IB** + **NIB**: k.A.	vermeidbar: HR adjustiert 3,44, 95% KI 3,05-3,89; p=k.A.; präventiv vermeidbar: HR adjustiert 5,86, 95% KI 5,03-6,80; p=k.A.; behandelbar: HR adjustiert 1,69, 95% KI 1,42-2,02; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
					behandelbar: 22,5% (k.A.), adjustierte Sterberate: 8,9 Todesfälle pro 10.000 Personen/Jahr		

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3 Ursachenspezifische Mortalität

Zehn Publikationen, sieben davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Stankiewicz et al. 2018; Trollor et al. 2017), zwei mit unklarem (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009) und eine mit hohem Biasrisiko (Kiani et al. 2010), berichten Ergebnisse zur ursachenspezifischen Sterblichkeit (z. B. aufgrund angeborener Fehlbildungen). Fünf Publikationen nutzen Daten aus England (Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Kiani et al. 2010; Tyrer/McGrother 2009), zwei aus Australien (Bourke et al. 2017; Trollor et al. 2017) und je eine Publikation aus Kanada (Stankiewicz et al. 2018), den Niederlanden (Oppewal et al. 2018) und Schweden (Ng et al. 2017).

Systematisch abweichende Ergebnisse liefern drei Publikationen, zwei mit niedrigem Biasrisiko (eine aus England und eine aus Australien) (Heslop et al. 2014; Trollor et al. 2017) und eine mit unklarem Biasrisiko (aus den Niederlanden) (Oppewal et al. 2018). Je eine Studie fokussiert auf Kinder und Erwachsene, Erwachsene und ältere Erwachsene.

5.12.3.1 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien

Sechs Publikationen, fünf davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017) und eine mit unklarem Biasrisiko (Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Alle Studien zeigen, dass Menschen mit IB häufiger aufgrund dieser körperlichen Besonderheiten versterben als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 56 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien häufiger als Todesursache dokumentiert werden als in der Vergleichsgruppe ohne IB (IB: 29,1% vs. NIB: 18,7%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Zwei englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014), die sowohl Kinder als auch Erwachsene (registrierte Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen) eingeschlossen haben, berichten ebenfalls über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien bei Kindern und Erwachsenen mit versus ohne IB (s. Tabelle 56).

Erwachsene

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Hosking et al. 2016), basierend auf allen Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren, die zwischen 2009 und 2013 in einer von 343 Hausarztpraxen registriert waren (16.666 Personen, 656 Verstorbene), dokumentiert – genau wie die Studien zuvor – eine höhere Sterblichkeit in puncto angeborener Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (IB: 9,1 Todesfälle pro 10.000 vs NIB: 0,1; p=k.A.). Eine weitere englische Studie bei 2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren (unklares Biasrisiko) (Tyrer/McGrother 2009) bestätigt dieses Ergebnis (SMR% 8.560, 95% KI 6.267–11.418; p=k.A.).

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) legt ebenfalls vergleichbare Ergebnisse vor (IB: 26 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 0,5; SMR adjustiert 49,0, 95% KI 19,5–123; p=k.A.).

Tabelle 56: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	angeborene Fehl-bildungen, Deformitäten und Chro-mosomen-anomalien	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 29,1% (k.A.) **NIB**: 18,7% (k.A.)	**IB**: 95/326 **NIB**: 984/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	angeborene Fehl-bildungen, Deformitäten und Chromo-somen-anomalien	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 56/0,8	SMR 72,9, 95% KI 55,1-94,7; p=k.A.
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	angeborene Fehl-bildungen, Deformitäten und Chromo-somen-anomalien	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 7% (k.A.) **NIB**: 0,2% (k.A.)	**IB**: 18/247 **NIB**: 961/480.467	p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	angeborene Fehl-bildungen, Deformitäten und Chromo-somen-anomalien	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: Sterblichkeitsrate=9,1 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=0,1 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 45/16.666 **NIB**: 2/113.562	k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	angeborene Fehlbild-ungen, Deformitäten und Chromo-somen-anomalien	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: Beobachtete/ erwartete Todesfälle** 46/0,5	SMR% 8.560, 95% KI 6.267–11.418; p=k.A.
Ältere Erwachsene (ab 55 Jahren)							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	angeborene Fehl-bildungen, Deformitäten und Chromo-somen-anomalien	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 26 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 0,5 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 49/4.738 **NIB**: 5/8.364	SMR adjustiert 49,0, 95% KI 19,5–123; p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.2 Atemwegserkrankungen

Neun Publikationen, sieben davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Stankiewicz et al. 2018; Trollor et al. 2017) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen. Mit einer Ausnahme (Heslop et al. 2014) weisen alle Publikationen eine höhere Sterblichkeit für Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB aus. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 57 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB Atemwegserkrankungen etwas häufiger als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 4,6% vs. NIB: 3,5%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die alle Menschen mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen bei Kindern und Erwachsenen mit IB versus ohne IB, sowohl insgesamt (SMR 4,9, 95% KI 4,0-5,9; p=k.A.) als auch bei Influenza und Lungenentzündungen im Speziellen (SMR 7,7, 95% KI 5,8-9,9; p=k.A.).

Etwa ähnlich häufig wurden Atemwegserkrankungen als Todesursache in einer anderen Studie aus England dokumentiert (Heslop et al. 2014). Sie basiert auf allen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit IB ab 4 Jahren (247 Verstorbene), die in einer Hausarztpraxis in Südwestengland registriert waren und zwischen Juni 2010 und Mai 2012 verstarben (IB: 15% vs. NIB: 14%; p=0,66).

Erwachsene

Zwei Studien aus England (Hosking et al. 2016; Tyrer/McGrother 2009), eine aus Australien (Trollor et al. 2017) und eine aus Kanada (Stankiewicz et al. 2018) berichten bei Erwachsenen ab 18 Jahren eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (s. Tabelle 57). Die größte Studie ist eine kanadische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Stankiewicz et al. 2018), die bei 40.691 Personen (1.232 Verstorbene) mit IB ab 25 Jahren durchgeführt wurde, die kleinste Studie eine englische Untersuchung bei 2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren (unklares Biasrisiko) (Tyrer/McGrother 2009). Die Studie von Tyrer/McGrother (2009) erbringt diesen Nachweis auch für Lungenentzündungen als Todesursache im Speziellen (SMR% 647, 95% KI 500–823; p=k.A.), ebenso wie die Studie von Hosking et al. (2016) (s. Tabelle 57).

Ältere Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet ebenfalls von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 423 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 51; SMR adjustiert 7,61, 95% KI 6,82–8,49; p=k.A.). Dieses Ergebnis wird durch die niederländische HA-ID-Studie (unklares Biasrisiko) (Oppewal et al. 2018) bestätigt, die bei 207 Verstorbenen mit IB ab 50 Jahren in 32 Prozent der Fälle Atemwegserkrankungen als Todesursache dokumentiert, während dies in der Allgemeinbevölkerung nur bei neun Prozent der Fall ist (p=k.A.).

Tabelle 57: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Atemwegserkrankungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	Atemwegs-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**:4,6% (k.A.) **NIB**: 3,5% (k.A.)	**IB**: 15/326 **NIB**: 185/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Atemwegs-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 114/23,3	SMR 4,9, 95% KI 4,0-5,9; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Atemwegs-erkrankungen: Influenza und Lungenent-zündung	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 57/7,4	SMR 7,7, 95% KI 5,8-9,9; p=k.A.
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	Atemwegs-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 15,0% (k.A.) **NIB**: 14,0% (k.A.)	**IB**: 37/247 **NIB**: 67.265/480.467	p=0,66

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Atemwegs-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: Sterblichkeitsrate=24,8 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=3,9 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 123/16.666 **NIB**: 135/113.562	HR 6,68, 95% KI 5,38-8,29; p=k.A.
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Atemwegs-erkrankungen: Lungen-entzündung	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursache nach ICD-10-Kategorien	**IB**: Sterblichkeitsrate=13,5 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=1,1 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 67/16.666 **NIB**: 39/113.562	k.A.
Stankiewicz et al. (2018) (niedrig)	70	Atemwegs-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB**: Statistik Kanada; altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 1.000 Personenjahre und SMR **NIB**: Statistik Kanada	**IB**: 0,38 pro 1.000 Personenjahre, altersadjustierte SMR pro 1.000 Personenjahre: 5,2 (4,4-6,1) **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 156/26,39	SMR 5,9, 95% KI 5,0-6,8; p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Atemwegs-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 12% (k.A.), neu berechnet: 20% (k.A.) **NIB**: 9% (k.A.)	**IB**: 78/637, neu berechnet: 130/637 **NIB**: 26.242/304.690	p=k.A.
Tyrer/McGrother (2009) (unklar)	58	Atemwegs-erkrankungen (exkl. Lungen-entzündung)	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 65/14,0	SMR% 464, 95% KI 358-591; p=k.A.
Tyrer/McGrother (2009) (unklar)	58	Atemwegs-erkrankungen: Lungen-entzündung	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 66/10,2	SMR% 647, 95% KI 500–823; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Atemwegs-erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 423 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 51 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 807/4.738 **NIB**: 530/8.364	SMR adjustiert 7,61, 95% KI 6,82–8,49; p=k.A.
Oppewal et al. (2018) (unklar)	67	Atemwegs-erkrankungen	**IB**: Krankenakte (Todesursache nach ICD-10 kodiert) **NIB**: k.A.	**IB**: Anteil der Verstorbenen nach 5 Jahren Follow-up (insgesamt 159 Todesfälle) **NIB**: k.A.	**IB**: 32,1% **NIB**: 9%	**IB**: 51/159 (32,1%) **NIB**: 12.726/144.964 (9%)	p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.3 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Sechs Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Trollor et al. 2017) berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Mit einer Ausnahme (Trollor et al. 2017) weisen alle Publikationen eine höhere Sterblichkeit für Menschen mit IB aus. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 58 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten häufiger als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 6,4% vs. NIB: 1,5%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Zwei englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014), die sowohl Kinder als auch Erwachsene (registrierte Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen) inkludieren, berichten ebenfalls über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten bei Kindern und Erwachsenen mit IB versus ohne IB (s. Tabelle 58).

Erwachsene

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Hosking et al. 2016), basierend auf allen Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren, die zwischen 2009 und 2013 in einer von 343 Hausarztpraxen registriert waren (16.666 Personen, 656 Verstorbene), dokumentiert eine höhere Sterblichkeit in puncto endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten in der Bevölkerung mit IB im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (IB: 9,6 Todesfälle pro 10.000 vs NIB: 0,5; HR 5,38, 95% KI 2,79-10,07; p=k.A.).

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und

2015) (Ng et al. 2017) bestätigt dieses Ergebnis (IB: 91 Verstorbene pro 100.000 vs. NIB: 22; SMR adjustiert 3,82, 95% KI 3,13–4,65; p=k.A.).

Kein Unterschied in der Sterblichkeit aufgrund von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten findet sich in einer australischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Trollor et al. 2017) bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren. Diese Studie beziffert den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, für beide Vergleichsgruppen mit drei Prozent (p=k.A.).

Tabelle 58: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 6,4% (k.A.) **NIB**: 1,5% (k.A.)	**IB**: 21/326 **NIB**: 77/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 15/3,0	SMR 5,1, 95% KI 2,8-8,3; p=k.A.
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 3% (k.A.) **NIB**: 1,3% (k.A.)	**IB**: 7/247 **NIB**: 6.246/480.467	p=0,06

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: Sterblichkeitsrate=2,6 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=0,5 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 13/16.666 **NIB**: 16/113.562	HR 5,38, 95% KI 2,79-10,07; p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 3% (k.A.), neu berechnet: 3% (k.A.) **NIB**: 3% (k.A.)	**IB**: 16/637, neu berechnet: 16/637 **NIB**: 10.535/304.690	p=k.A.
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 91 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 22 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 174/4.738 **NIB**: 228/8.364	SMR adjustiert 3,82, 95% KI 3,13–4,65; p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Neun Publikationen, sieben davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Stankiewicz et al. 2018; Trollor et al. 2017) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sechs Publikationen berichten eine höhere Sterblichkeit bei Menschen mit IB, drei Publikationen von einer geringeren Sterblichkeit (Heslop et al. 2014; Oppewal et al. 2018; Trollor et al. 2017). Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 59 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB Herz-Kreislauf-Erkrankungen etwas häufiger als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 3,1% vs. NIB: 1,8%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die alle Menschen mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen mit versus ohne IB, sowohl insgesamt (SMR% 2,8, 95% KI 2,4-3,3; p=k.A.) als auch bei ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Erkrankungen (s. Tabelle 59).

Seltener wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache bei Menschen mit IB in einer anderen englischen Studie mit niedrigem Biasrisiko dokumentiert (Heslop et al. 2014). Sie basiert auf allen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit IB ab 4 Jahren (247 Verstorbene), die in einer Hausarztpraxis in Südwestengland registriert waren und zwischen Juni 2010 und Mai 2012 verstarben (IB: 21% vs. NIB: 28,8%; p=0,01).

Erwachsene

Zwei Studien aus England (Hosking et al. 2016; Tyrer/McGrother 2009) und eine aus Kanada (Stankiewicz et al. 2018) berichten bei Erwachsenen ab 18 Jahren eine höhere Sterblichkeit

aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (s. Tabelle 59). Die größte Studie ist eine kanadische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Stankiewicz et al. 2018), die bei 40.691 Personen (1.232 Verstorbene) mit IB ab 25 Jahren durchgeführt wurde, die kleinste Studie eine englische Untersuchung bei 2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren (unklares Biasrisiko) (Tyrer/McGrother 2009). Die Studie von Tyrer/McGrother (2009) erbringt diesen Nachweis auch für ischämische Herzkrankheiten (SMR% 149, 95% KI 113–192; p=k.A.) und zerebrovaskuläre Erkrankungen im Speziellen (SMR% 240, 95% KI 171–328; p=k.A.), ebenso wie die Studie von Hosking et al. (2016) (s. Tabelle 59).

Eine geringere Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde in einer australischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Trollor et al. 2017) bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren dokumentiert, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren. Diese Studie beziffert den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, bei Menschen mit IB auf 18 Prozent versus 35 Prozent bei Menschen ohne IB (p=k.A.).

Ältere Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 839 Verstorbene pro 100.000 vs. NIB: 287; SMR adjustiert 2,71, 95% KI 2,55–2,87; p=k.A.).

Eine geringere HKE-Sterblichkeit bei älteren Erwachsenen mit IB wurde in der niederländischen HA-ID-Studie (unklares Biasrisiko) (Oppewal et al. 2018) dokumentiert, die bei 207 Verstorbenen ab 50 Jahren in acht Prozent der Fälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache benennt, während dieser Anteil in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung bei 27 Prozent liegt (p=k.A.).

Tabelle 59: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 3,1% (k.A.) **NIB**: 1,8% (k.A.)	**IB**: 10/326 **NIB**: 92/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 152/53,3	SMR 2,8, 95% KI 2,4-3,3; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: ischämische Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 57/26,4	SMR 2,2, 95% KI 1,6-2,8; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: zerebro-vaskuläre Erkrankung	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 39/11,8	SMR 3,3, 95% KI 2,3-4,5; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 21% (k.A.) **NIB**: 28,8% (k.A.)	**IB**: 53/247 **NIB**: 138.374/480.467	p=0,01
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: Sterblichkeitsrate=28,7 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=10,5 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 142/16.666 **NIB**: 360/113.562	HR 3,05, 95% KI 2,56-3,64; p=k.A.
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: ischämische Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: Sterblichkeitsrate=12,5 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=5,5 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 62/16.666 **NIB**: 188/113.562	p=k.A.
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: ischämische Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: Sterblichkeitsrate=6,9 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=1,7 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 34/16.666 **NIB**: 57/113.562	p=k.A.
Stankiewicz et al. (2018) (niedrig)	70	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB**: Statistik Kanada; altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 1.000 Personenjahre und SMR **NIB**: Statistik Kanada	**IB**: 0,47 pro 1.000 Personenjahre altersadjustierte Mortalitätsrate pro 1.000 Personenjahre: 6,7 (5,8-7,7) **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 192/79,79	SMR 3,4, 95% KI 2,1-2,7; p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 18% (k.A.), neu berechnet: 18% (k.A.) **NIB**: 35% (k.A.)	**IB**: 114/637, neu berechnet: 114/637 **NIB**: 105.804/304.690	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (andere)	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 26/14,6	SMR% (95%CI: 178 (116-260); p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: ischämische Herzkrankheit	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 58/38,9	SMR% 149, 95% KI 113–192; p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: zerebro-vaskuläre Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 39/16,2	SMR% 240, 95% KI 171–328; p=k.A
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: Todesursachen nach ICD-10-Kategorien	**IB**: 839 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 287 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 1.601/4.738 **NIB**: 2.959/8.364	SMR adjustiert 2,71, 95% KI 2,55–2,87; p=k.A.
Oppewal et al. (2018) (unklar)	67	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	**IB**: Krankenakte (Todesursache nach ICD-10 kodiert) **NIB**: k.A.	**IB**: Anteil der Verstorbenen nach 5 Jahren Follow-up (insgesamt 159 Todesfälle) **NIB**: k.A.	**IB**: 8,2% **NIB**: 27%	**IB**: 13/159 **NIB**: 39.572/144.964	p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.5 Krebs

Zehn Publikationen, sieben davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Stankiewicz et al. 2018; Trollor et al. 2017), zwei mit unklarem (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009) und eine mit hohem Biasrisiko (Kiani et al. 2010), berichten Ergebnisse zur Krebssterblichkeit. Mit zwei Ausnahmen (Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017) berichten alle Publikationen eine ähnliche (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Kiani et al. 2010; Stankiewicz et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009) oder geringere Sterblichkeit (Heslop et al. 2014; Oppewal et al. 2018; Trollor et al. 2017) bei Menschen mit IB. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 60 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bösartige Neubildungen bei Kindern und Jugendlichen mit IB und ohne IB etwa gleich häufig als Todesursache dokumentiert werden (IB: 5,2% vs. NIB: 5,4%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Auch eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die Kinder und Erwachsene mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über eine ähnlich hohe Sterblichkeit aufgrund von Krebs bei Kindern und Erwachsenen mit und ohne IB (SMR 1,1, 95% KI 0,9-1,4; p=k.A.). Unterschiede zuungunsten der Bevölkerung mit IB finden sich allerdings bei der Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen, die die Verdauungsorgane betreffen (SMR 1,5, 95% KI 1,1-2,2; p=k.A.), und grenzwertig auch in puncto Krebssterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (SMR 2,3, 95% KI 1,0-4,3; p=k.A.).

Seltener wurden bösartige Neubildungen als Todesursache bei Kindern und Erwachsenen mit IB in einer anderen englischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Heslop et al. 2014) dokumentiert. Sie basiert auf allen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit IB ab 4 Jahren (247 Verstorbene), die in einer Hausarztpraxis in Südwestengland registriert waren und zwischen Juni 2010 und Mai 2012 verstarben (IB: 20% vs. NIB: 29,6%; p=0,001).

Erwachsene

Zwei Publikationen aus England (Kiani et al. 2010; Tyrer/McGrother 2009) und eine aus Kanada (Stankiewicz et al. 2018) berichten bei Erwachsenen ab 18 Jahren eine ähnliche Krebssterblichkeit bei Menschen mit und ohne IB (s. Tabelle 60). Die größte Studie ist eine kanadische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Stankiewicz et al. 2018), die bei 40.691 Personen (1.232 Verstorbene) mit IB ab 25 Jahren durchgeführt wurde, sie liefert allerdings grenzwertige Ergebnisse (SMR 1,2, 95% KI 1,0-1,4; p=k.A.). Die beiden englischen Studien (Kiani et al. 2010; Tyrer/McGrother 2009) beziehen sich auf denselben Datensatz (2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren; einmal mit hohem und einmal mit unklarem Biasrisiko). Beide Publikationen erbringen diesen Nachweis auch für die Brustkrebs- (SMR% 111, 95% KI 40-241; p=k.A.) und Lungenkrebssterblichkeit (SMR% 62, 95% KI 22–136; p=k.A.) und für die Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen, die die Verdauungsorgane betreffen (SMR% 80, 95% KI 40–144; p=k.A.).

Eine geringere Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Neubildungen wurde in einer australischen Studie mit niedrigem Biasrisiko bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren dokumentiert, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren (Trollor et al. 2017). Diese Studie beziffert den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, bei Menschen mit IB auf 18 Prozent versus 29 Prozent bei Menschen ohne IB (p=k.A.).

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Hosking et al. 2016), basierend auf allen Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren, die zwischen 2009 und 2013 in einer von 343 Hausarztpraxen registriert waren (16.666 Personen, 656 Verstorbene), dokumentiert eine höhere Sterblichkeit in puncto Krebs in der Bevölkerung mit IB im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (IB: 19,8 Todesfälle pro 10.000 vs NIB: 14,9; HR 1,44, 95% KI 1,18-1,76; p=k.A.).

Ältere Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet von einer höheren Krebssterblichkeit bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 372 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 266; SMR adjustiert 1,29, 95% KI 1,19–1,40; p=k.A.).

Eine geringere Krebssterblichkeit bei älteren Erwachsenen wurde in der niederländischen HA-ID-Studie (unklares Biasrisiko) dokumentiert (Oppewal et al. 2018), die bei 207 Verstorbenen ab 50 Jahren in rund 18 Prozent der Fälle Krebs als Todesursache benennt, während dieser Anteil in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung bei 33 Prozent liegt (p=k.A.).

Tabelle 60: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krebs

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	Krebs	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 5,2% (k.A.) **NIB**: 5,4% (k.A.)	**IB**: 17/326 **NIB**: 282/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Krebs	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 85/75,9	SMR 1,1, 95% KI 0,9-1,4; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Krebs: Verdauungs-organe	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 32/20,8	SMR 1,5, 95% KI 1,1-2,2; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Krebs: weibliche Geschlechts-organe	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 9/4,0	SMR 2,3, 95% KI 1,0-4,3; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	Krebs	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 20% (k.A.) **NIB**: 29,6% (k.A.)	**IB**: 50/247 **NIB**: 142.218/480.467	p=0,001
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Krebs	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=19,8 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=14,9 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 98/16.666 **NIB**: 508/113.562	HR 1,44, 95% KI 1,18-1,76; p=k.A.
Kiani et al. (2010) (hoch)	36	Krebs	**IB**: Registerdaten **NIB**: k.A.	**IB**: Todesursachenstatistik des Amtes für nationale Statistik; Darstellung SMR **NIB**: k.A.	**IB**: k.A. **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 47/50,0	SMR% 94, 95% KI 69-125; p=k.A.
Kiani et al. (2010) (hoch)	36	Krebs: Brust	**IB**: Registerdaten **NIB**: k.A.	**IB**: Todesursachenstatistik des Amtes für nationale Statistik; Darstellung SMR **NIB**: k.A.	**IB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 6/5,4	SMR% 111, 95% KI 40-241; p=k.A.
Kiani et al. (2010) (hoch)	36	Krebs: Lunge	**IB**: Registerdaten **NIB**: k.A.	**IB**: Todesursachenstatistik des Amtes für nationale Statistik; Darstellung SMR **NIB**: k.A.	**NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 6/9,6	SMR% 62, 95% KI 22-136; p=k.A.
Kiani et al. (2010) (hoch)	36	Krebs: Verdauungs-organe	**IB**: Registerdaten **NIB**: k.A.	**IB**: Todesursachenstatistik des Amtes für nationale Statistik; Darstellung SMR **NIB**: k.A.	**IB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 11/13,6	SMR% 80, 95% KI 40-144; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Stankiewicz et al. (2018) (niedrig)	70	Krebs	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB**: Statistik Kanada; altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 1.000 Personenjahre und SMR **NIB**: Statistik Kanada	**IB**: 0,28 pro 1.000 Personenjahre, alters-adjustierte Mortalitätsrate pro 1.000 Personenjahre: 3,6 (2,9-4,3) **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 115/94,30	SMR 1,2, 95% KI 1,0-1,4; p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Krebs	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 18% (k.A.), neu berechnet: 18% (k.A.) **NIB**: 29% (k.A.)	**IB**: 114/637, neu berechnet: 113/637 **NIB**: 88.540/304.690	p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Krebs (exkl. Brust, Lunge, Verdauungs-organe)	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 24/21,4	SMR% 112, 95% KI 71-167; p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Krebs: Brust	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 6/5,4	SMR% 111, 95% KI 40-241; p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Krebs: Lunge	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 6/9,6	SMR% 62, 95% KI 22–136; p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Krebs: Verdauungs-organe	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 11/13,6	SMR% 80, 95% KI 40–144; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Krebs	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 372 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 266 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 710/4.738 **NIB**: 2.749/8.364	SMR adjustiert 1,29, 95% KI 1,19–1,40; p=k.A.
Oppewal et al. (2018) (unklar)	67	Krebs	**IB**: Krankenakte (Todesursache nach ICD-10 kodiert) **NIB**: k.A.	**IB**: Anteil der Verstorbenen nach 5 Jahren Follow-up (insgesamt 159 Todesfälle) **NIB**: k.A.	**IB**: 17,6% **NIB**: 33%	**IB**: 28/159 **NIB**: 47.594/144.964	p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.6 Krankheiten des Nervensystems

Acht Publikationen, sechs davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Trollor et al. 2017) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Nervensystems (darunter auch Epilepsie). Alle Publikationen weisen eine höhere Sterblichkeit für Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB aus. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 61 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB Krankheiten des Nervensystems deutlich häufiger als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 27,6% vs. NIB: 2,9%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Zwei englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014), die sowohl Kinder als auch Erwachsene (registrierte Patienntinnen und Patienten in Hausarztpraxen) eingeschlossen haben, berichten ebenfalls über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Nervensystems bei Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB (s. Tabelle 61). Die Studie von Glover et al. (2017) zeigt dies auch für Epilepsie im Speziellen (SMR 34,4, 95% KI 23,4-50,5; p=k.A.).

Erwachsene

Zwei Studien aus England (Hosking et al. 2016; Tyrer/McGrother 2009) und eine aus Australien (Trollor et al. 2017) berichten bei Erwachsenen ab 18 Jahren eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Nervensystems bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (s. Tabelle 61). Die größte Studie ist eine australische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Trollor et al. 2017) bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren, die kleinste Studie eine englische Untersuchung bei 2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren (unklares Biasrisiko)

(Tyrer/McGrother 2009). Die Studie von Hosking et al. (2016) erbringt diesen Nachweis auch für Epilepsie im Speziellen (IB: 5,9 Todesfälle pro 10.000 Personen vs. NIB: 0,1; p=k.A.).

Ältere Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einerm Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet ebenfalls von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Nervensystems bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 155 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 31; SMR adjustiert 4,55, 95% KI 3,89–5,33; p=k.A.). Dieses Ergebnis wird durch die niederländische HA-ID-Studie (unklares Biasrisiko) (Oppewal et al. 2018) bestätigt, die bei 207 Verstorbenen ab 50 Jahren in 6,9 Prozent der Fälle Krankheiten des Nervensystems als Todesursache dokumentiert, während dies in der Allgemeinbevölkerung bei fünf Prozent der Fall ist (p=k.A.).

Tabelle 61: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krankheiten des Nervensystems

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	Krankheiten des Nerven-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 27,6% (k.A.) **NIB**: 2,9% (k.A.)	**IB**: 90/326 **NIB**: 152/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Krankheiten des Nerven-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 85/8,7	SMR 9,8, 95% KI 7,8-12,1; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Krankheiten des Nerven-systems: Epilepsie	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 26/0,8	SMR 34,4, 95% KI 23,4-50,5; p=k.A.
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	Krankheiten des Nerven-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 16% (k.A.) **NIB**: 3,8% (k.A.)	**IB**: 39/247 **NIB**: 18.258/480.467	p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Krankheiten des Nerven-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=15,3 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=1,1 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 76/16.666 **NIB**: 39/113.562	HR 13,79, 95% KI 9,70-19,62; p=k.A.
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Krankheiten des Nerven-systems: Epilepsie	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=5,9 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=0,1 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 29/16.666 **NIB**: 3/113.562	p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Krankheiten des Nerven-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 16% (k.A.), neu berechnet: 13% (k.A.) **NIB**: 4% (k.A.)	**IB**: 103/637, neu berechnet: 80/637 **NIB**: 11.573/304.690	p=k.A.
Tyrer/McGrother (2009) (unklar)	58	Krankheiten des Nerven-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrundeliegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 66/4,0	SMR% 1.630, 95% KI 1.261–2.074; p=k.A.
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Krankheiten des Nerven-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 155 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 31 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 296/4.738 **NIB**: 325/8.364	SMR adjustiert 4,55, 95% KI 3,89–5,33; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Oppewal et al. (2018) (unklar)	67	Krankheiten des Nerven-systems	**IB**: Krankenakte (Todesursache nach ICD-10 kodiert) **NIB**: k.A.	**IB**: Anteil der Verstorbenen nach 5 Jahren Follow-up (insgesamt 159 Todesfälle) **NIB**: k.A.	**IB**: 6,9% **NIB**: 5%	**IB**: 11/159 **NIB**: 6.787/144.964	p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.7 Krankheiten des Urogenitalsystems

Fünf Publikationen, vier davon mit niedrigem (Glover et al. 2017; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Trollor et al. 2017) und eine mit unklarem Biasrisiko (Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems. Alle Publikationen weisen eine höhere Sterblichkeit für Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB aus. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 62 dargestellt.

Kinder und Erwachsene

Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die alle Menschen mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems bei Kindern und Erwachsenen mit versus ohne IB (SMR 5,4, 95% KI 3,1-8,7; p=k.A.).

Erwachsene

Zwei Studien aus England (Hosking et al. 2016; Tyrer/McGrother 2009) und eine aus Australien (Trollor et al. 2017) berichten bei Erwachsenen ab 18 Jahren eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (s. Tabelle 62). Die größte Studie ist eine australische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Trollor et al. 2017) bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren, die kleinste Studie ist eine englische Untersuchung mit 2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren (unklares Biasrisiko) (Tyrer/McGrother 2009).

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet ebenfalls von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 55 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 10; SMR adustiert 5,30, 95% KI 4,03–6,98; p=k.A.).

Tabelle 62: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krankheiten des Urogenitalsystems

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	Krankheiten des Urogenital-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 16/3,0	SMR 5,4, 95% KI 3,1-8,7; p=k.A.
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Krankheiten des Urogenital-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=4,6 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=0,4 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 23/16.666 **NIB**: 15/113.562	HR 10,89, 95% KI 6,09-19,47; p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Krankheiten des Urogenital-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: k.A., neu berechnet: 3% (k.A.) **NIB**: 2% (k.A.)	**IB**: k.A., neu berechnet: 17/637 **NIB**: 7.493/304.690	p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	Krankheiten des Urogenital-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 18/3,2	SMR% 603, 95% KI 357–953; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Krankheiten des Urogenital-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 55 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 10 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 105/4.738 **NIB**: 99/8.364	SMR adustiert 5,30, 95% KI 4,03–6,98; p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.8 Krankheiten des Verdauungssystems

Sechs Publikationen, vier davon mit niedrigem (Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Trollor et al. 2017) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems. Vier Publikationen berichten eine höhere Sterblichkeit bei Menschen mit IB, zwei Publikationen beschreiben keinen signifkanten Unterschied in der Sterblichkeit fest (Heslop et al. 2014; Oppewal et al. 2018). Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 63 dargestellt.

Kinder und Erwachsene

Kein Unterschied in der Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems findet sich in einer englischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Heslop et al. 2014) bei Kindern und Erwachsenen. Sie basiert auf allen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit IB ab 4 Jahren (247 Verstorbene), die in einer Hausarztpraxis in Südwestengland registriert waren und zwischen Juni 2010 und Mai 2012 verstarben. Der Anteil der Todesfälle, der auf Krankheiten des Verdauungssystems entfällt, beträgt in beiden Gruppen etwa fünf Prozent (IB: 5% vs. NIB: 5,1%; p=0,86).

Erwachsene

Zwei Studien aus England (Hosking et al. 2016; Tyrer/McGrother 2009) und eine aus Australien (Trollor et al. 2017) berichten bei Erwachsenen ab 18 Jahren eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (s. Tabelle 63). Die größte Studie ist eine australische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Trollor et al. 2017) bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren, die kleinste Studie ist eine englische Untersuchung mit 2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren (unklares Biasrisiko) (Tyrer/McGrother 2009).

Ältere Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015)

(Ng et al. 2017) berichtet ebenfalls von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 107 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 31; SMR adjustiert 3,22, 95% KI 2,70–3,84; p=k.A.).

Eine ähnliche Sterblichkeit bei älteren Erwachsenen wurde in der niederländischen HA-ID-Studie (unklares Biasrisiko) (Oppewal et al. 2018) dokumentiert, die in beiden Vergleichsgruppen den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, mit drei Prozent beziffert (p=k.A.).

Tabelle 63: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krankheiten des Verdauungssystems

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Erwachsene							
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	Krankheiten des Verdauungs-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 5% (k.A.) **NIB**: 5,1% (k.A.)	**IB**: 12/247 **NIB**: 24.504/480.467	p=0,86
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	Krankheiten des Verdauungs-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=9,3 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=2,5 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 46/16.666 **NIB**: 87/113.562	HR 4,02, 95% KI 2,92-5,54; p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Krankheiten des Verdauungs-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 5% (k.A.), neu berechnet: 5% (k.A.) **NIB**: 3% (k.A.)	**IB**: 31/637, neu berechnet: 33/637 **NIB**: 10.524/304.690	p=k.A.
Tyrer/McGrother (2009) (unklar)	58	Krankheiten des Verdauungs-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: Beobachtete/ erwartete Todesfälle** 21/8,8	SMR% 238, 95% KI 147–364; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Krankheiten des Verdauungs-systems	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 107 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 31 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 205/4.738 **NIB**: 318/8.364	SMR adjustiert 3,22, 95% KI 2,70–3,84; p=k.A.
Oppewal et al. (2018) (unklar)	67	Krankheiten des Verdauungs-systems	**IB**: Krankenakte (Todesursache nach ICD-10 kodiert) **NIB**: k.A.	**IB**: Anteil der Verstorbenen nach 5 Jahren Follow-up (insgesamt 159 Todesfälle) **NIB**: k.A.	**IB**: 3,1% **NIB**:3%	**IB**: 5/159 **NIB**: 4.668/144.964	p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.9 Psychische und Verhaltensstörungen

Acht Publikationen, sechs davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017; Trollor et al. 2017) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (darunter auch Demenz). Fünf Publikationen berichten eine höhere Sterblichkeit, während drei Publikationen eine ähnliche (Oppewal et al. 2018; Trollor et al. 2017) oder geringere Sterblichkeit bei Menschen mit IB ausweisen (Heslop et al. 2014). Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 64 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB psychische und Verhaltensstörungen deutlich häufiger als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 1,8% vs. NIB: 0,1%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die alle Menschen mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Erwachsenen mit versus ohne IB, sowohl insgesamt (SMR 5,4, 95% KI 3,9-7,3; p=k.A.) als auch in Bezug auf Demenz (SMR 6,0, 95% KI 4,2-8,4; p=k.A.).

Seltener wurden psychische und Verhaltensstörungen als Todesursache bei Menschen mit IB in einer anderen englischen Studie mit niedrigem Biasrisiko dokumentiert (Heslop et al. 2014). Sie basiert auf allen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit IB ab 4 Jahren (247 Verstorbene), die in einer Hausarztpraxis in Südwestengland registriert waren und zwischen Juni 2010 und Mai 2012 verstarben (IB: 2% vs. NIB: 6,4%; p=0,01).

Erwachsene

Zwei Studien aus England (Hosking et al. 2016; Tyrer/McGrother 2009) berichten bei Erwachsenen ab 18 Jahren eine höhere Sterblichkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (s. Tabelle 64). Die größte Studie, eine Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Hosking et al. 2016) bei 16.666 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit IB (656 Verstorbene), die zwischen 2009 und 2013 in einer von 343 Hausarztpraxen registriert waren, weist für Menschen mit IB eine Sterblichkeit von 7,1 pro 10.000 Personen aus und für Menschen ohne IB von 0,9 pro 10.000 Personen (HR 7,99, 95% KI 5,19-12,31; p=k.A.). Eine weitere Studie aus England bei 2.995 Menschen mit IB ab 20 Jahren (unklares Biasrisiko) (Tyrer/McGrother 2009) bestätigt die höhere Sterblichkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen bei Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB, sowohl insgesamt (exklusive Demenz) als auch in Bezug auf Demenz im Speziellen (SMR% 214, 95% KI 69–500; p=k.A.).

Keinen signifikanten Unterschied in der Sterblichkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen findet eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Trollor et al. 2017) bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren. Diese Studie beziffert den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, bei Menschen mit und ohne IB auf fünf Prozent (p=k.A.).

Ältere Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 117 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 33; SMR adjustiert 3,27, 95% KI 2,77-3,88; p=k.A.).

Eine ähnliche Sterblichkeit bei älteren Erwachsenen wurde in der niederländischen HA-ID-Studie (unklares Biasrisiko) (Oppewal et al. 2018) dokumentiert, die bei 207 Verstorbenen ab 50 Jahren den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, mit rund acht Prozent beziffert im Vergleich zu sieben Prozent in der Allgemeinbevölkerung (p=k.A.).

Tabelle 64: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Psychische und Verhaltensstörungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	psychische und Verhaltens-störungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 1,8% (k.A.) **NIB**: 0,1% (k.A.)	**IB**: 6/326 **NIB**: 5/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	psychische und Verhaltens-störungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 43/7,9	SMR 5,4, 95% KI 3,9-7,3; p=k.A.
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	psychische und Verhaltens-störungen: Demenz	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 33/5,5	SMR 6,0, 95% KI 4,2-8,4; p=k.A.
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	psychische und Verhaltens-störungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 2% (k.A.) **NIB**: 6,4% (k.A.)	**IB**: 6/247 **NIB**: 30.750/480.467	p=0,01

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	psychische und Verhaltens-störungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=7,1 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=0,9 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 35/16.666 **NIB**: 31/113.562	HR 7,99, 95% KI 5,19-12,31; p=k.A.
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	psychische und Verhaltens-störungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 5% (k.A.), neu berechnet: 5% (k.A.) **NIB**: 5% (k.A.)	**IB**: 29/637, neu berechnet: 34/637 **NIB**: 13.977/304.690	p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	psychische und Verhaltens-störungen: Demenz	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 5/2,3	SMR% 214, 95% KI 69–500; p=k.A.
Tyrer/McGr other (2009) (unklar)	58	psychische und Verhaltens-störungen (exkl. Demenz)	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 7/0,6	SMR% 1.141, 95% KI 458–2.350; p=k.A.
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	psychische und Verhaltens-störungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 117 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 33 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 224/4.738 **NIB**: 342/8.364	SMR adjustiert 3,27, 95% KI 2,77-3,88; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Oppewal et al. (2018) (unklar)	67	psychische und Verhaltens-störungen	**IB**: Krankenakte (Todesursache nach ICD-10 kodiert) **NIB**: k.A.	**IB**: Anteil der Verstorbenen nach 5 Jahres Follow-up (insgesamt 159 Todesfälle) **NIB**: k.A.	**IB**: 8,2% **NIB**: 7%	**IB**: 13/159 **NIB**: 10.507/144.964	p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.10 Infektiöse und parasitäre Erkrankungen

Vier Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017) berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von infektiösen und parasitären Erkrankungen. Drei der vier Publikationen zeigen eine höhere Sterblichkeit bei Menschen mit IB, eine Publikation beschreibt keinen signifikanten Unterschied (Hosking et al. 2016). Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 65 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB infektiöse und parasitäre Erkrankungen etwas häufiger als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 3,1% vs. NIB: 2%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die alle Menschen mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von infektiösen und parasitären Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen mit versus ohne IB (SMR 3,2, 95% KI 1,3-6,5; p=k.A.).

Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) bestätigt das Ergebnis einer höheren Sterblichkeit aufgrund von infektiösen und parasitären Erkrankungen bei älteren Menschen mit IB (IB: 95 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 16; SMR adjustiert 5,32, 95% KI 4,32–6,56; p=k.A.).

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Hosking et al. 2016), basierend auf allen Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren, die zwischen 2009 und 2013 in einer von 343

Hausarztpraxen registriert waren (16.666 Personen, 656 Verstorbene), findet keinen signifikanten Unterschied in der Sterblichkeit aufgrund von infektiösen und parasitären Erkrankungen (IB: 0,6 Todesfälle pro 10.000 vs NIB: 0,4; HR 2,30, 95% KI 0,70-7,48; p=k.A.).

Tabelle 65: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Infektiöse und parasitäre Erkrankungen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	infektiöse und parasitäre Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 3,1% (k.A.) **NIB**: 2% (k.A.)	**IB**: 10/326 **NIB**: 105/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	infektiöse und parasitäre Krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 7/2,2	SMR 3,2, 95% KI 1,3-6,5; p=k.A.
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	infektiöse und parasitäre Erkrankungen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=0,6 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=0,4 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 3/16.666 **NIB**: 14/113.562	HR 2,30, 95% KI 0,70-7,48; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	infektiöse und parasitäre Krankheiten	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 95 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 16 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 181/4.738 **NIB**: 170/8.364	SMR adjustiert 5,32, 95% KI 4,32–6,56; p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.11 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Drei Publikationen mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017; Ng et al. 2017; Trollor et al. 2017) berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen. Sie liefern widersprüchliche Ergebnisse (s. Tabelle 66).

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen deutlich seltener als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 1,8% vs. NIB: 7,1%; p=k.A.).

Erwachsene

Keinen nennenswerten Unterschied in der Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen findet eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Trollor et al. 2017) bei insgesamt 19.362 Menschen mit IB ab 20 Jahren, die zwischen 2005 und 2011 finanzierte Behindertenleistungen in Anspruch nahmen und daher in einem Register aus Neusüdwales erfasst waren. Diese Studie beziffert den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, bei Menschen mit IB auf sechs Prozent und bei Menschen ohne IB auf fünf Prozent (p=k.A.).

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 3 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 0, n.a.).

Tabelle 66: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Verletzung, Vergiftung und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 1,8% (k.A.) **NIB**: 7,1% (k.A.)	**IB**: 6/326 **NIB**: 371/5.253	p=k.A.
Erwachsene							
Trollor et al. (2017) (niedrig)	57	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 6% (k.A.), neu berechnet: 6% (k.A.) **NIB**: 5% (k.A.)	**IB**: 38/637, neu berechnet: 40/637 **NIB**: 15.534/304.690	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 3 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 0 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 6/4.738 **NIB**: 0/8.364	n.a.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.12.3.12 Äußere Ursachen

Sieben Publikationen, fünf davon mit niedrigem (Bourke et al. 2017; Glover et al. 2017; Heslop et al. 2014; Hosking et al. 2016; Ng et al. 2017) und zwei mit unklarem Biasrisiko (Oppewal et al. 2018; Tyrer/McGrother 2009), berichten Ergebnisse zur Sterblichkeit aufgrund von äußeren Ursachen. Sie liefern widersprüchliche Befunde. Die Ergebnisse dazu sind im Detail in Tabelle 67 dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine australische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bourke et al. 2017) bei 10.593 Kindern und Jugendlichen mit IB unter 26 Jahren einer Datenbank für Menschen mit IB in Westaustralien (1983 bis 2010) zeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit IB äußere Ursachen seltener als Todesursache dokumentiert werden als bei Kindern und Jugendlichen ohne IB (IB: 7,7% vs. NIB: 12,8%; p=k.A.).

Kinder und Erwachsene

Eine englische Untersuchung mit niedrigem Biasrisiko (Glover et al. 2017), die alle Menschen mit IB inkludiert, die zwischen 2010 und 2014 mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren und in diesem Zeitraum verstarben (664 Verstorbene), berichtet über eine höhere Sterblichkeit aufgrund von äußeren Ursachen bei Kindern und Erwachsenen mit IB versus ohne IB (SMR 2,0, 95% KI 1,3-3,0; p=k.A.).

Etwa ähnlich häufig wurden äußere Ursachen als Todesursache in einer anderen Studie aus England dokumentiert (Heslop et al. 2014). Sie basiert auf allen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit IB ab 4 Jahren (247 Verstorbene), die in einer Hausarztpraxis in Südwestengland registriert waren und zwischen Juni 2010 und Mai 2012 verstarben (IB: 4% vs. NIB: 3,6%; p=0,71).

Erwachsene

Eine englische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Hosking et al. 2016), basierend auf allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit IB (16.666 Personen, 656 Verstorbene), die zwischen 2009 und 2013 in einer von 343 Hausarztpraxen registriert waren, berichtet von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von äußeren Ursachen bei Menschen mit IB im Vergleich

zur Bevölkerung ohne IB (IB: 5,5 Todesfälle pro 10.000 vs NIB: 3,0; HR 1,85, 95% KI 1,26-2,71; p=k.A.).

Eine weitere englische Studie mit unklarem Biasrisiko (Tyrer/McGrother 2009) findet auf der Grundlage des Leicestershire Learning Disability Registers bei 2.995 Menschen mit IB im Alter ab 20 Jahren (503 Verstorbene 1993-2006) bei Menschen mit IB eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Unfällen als bei Menschen ohne IB (SMR% 195, 95% KI 109–322; p=k.A.), allerdings keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Restgruppe (äußere Ursachen exklusive Unfälle; SMR% 49, 95% KI 6–180; p=k.A.).

Ältere Erwachsene

Eine große schwedische Studie bei allen Erwachsenen ab 55 Jahren aus einem nationalen Patientenregister für Menschen mit IB und einem Register für staatliche Dienstleistungen für Menschen mit IB (niedriges Biasrisiko; n=15.289, 4.738 Verstorbene zwischen 2002 und 2015) (Ng et al. 2017) berichtet von einer höheren Sterblichkeit aufgrund von äußeren Ursachen bei älteren Erwachsenen mit versus ohne IB (IB: 75 Gestorbene pro 100.000 vs. NIB: 34; SMR adjustiert 2,02, 95% KI 1,67–2,45; p=k.A.).

Eine ähnliche Sterblichkeit aufgrund von äußeren Ursachen wurde in der niederländischen HA-ID-Studie (unklares Biasrisiko) (Oppewal et al. 2018) dokumentiert, die bei 207 Verstorbenen ab 50 Jahren den Prozentanteil der Todesfälle, der auf diese Krankheitsgruppe zurückgeht, mit 4,4 Prozent beziffert im Vergleich zu vier Prozent in der Allgemeinbevölkerung (p=k.A.).

Tabelle 67: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Äußere Ursachen

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Bourke et al. (2017) (niedrig)	60	äußere Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten des australischen Statistikamtes; verstorben bis 31. Dezember 2010	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 7,7% (k.A.) **NIB**: 12,8% (k.A.)	**IB**: 25/326 **NIB**: 674/5.253	p=k.A.
Kinder und Erwachsene							
Glover et al. (2017) (niedrig)	76	äußere Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th Revision (ICD-10)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 25/12,2	SMR 2,0, 95% KI 1,3-3,0; p=k.A.
Heslop et al. (2014) (niedrig)	29	äußere Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 4% (k.A.) **NIB**: 3,6% (k.A.)	**IB**: 10/247 (4%) **NIB**: 17.297/480.467 (3,6%)	p=0,71
Erwachsene							
Hosking et al. (2016) (niedrig)	31	äußere Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: Sterblichkeitsrate=5,5 (pro 10.000 Personen/Jahr) **NIB**: Sterblichkeitsrate=3,0 (pro 10.000 Personen/Jahr)	**IB**: 27/16.666 **NIB**: 101/113.562	HR 1,85, 95% KI 1,26-2,71; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Mortalitätsrate: Anzahl der Todesfälle/n/Zeitraum (95% KI)	Anzahl der Todesfälle	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Tyrer/McGrother (2009) (unklar)	58	äußere Ursachen (exkl. Unfälle)	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 2/4,0	SMR% 49, 95% KI 6–180; p=k.A.
Tyrer/McGrother (2009) (unklar)	58	äußere Ursachen: Unfälle	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: zugrunde liegende Todesursache nach ICD-9 oder ICD-10 (1993-2006)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB: beobachtete/ erwartete Todesfälle** 15/7,7	SMR% 195, 95% KI 109–322; p=k.A.
Ältere Erwachsene							
Ng et al. (2017) (niedrig)	48	äußere Ursachen	**IB** + **NIB**: Registerdaten	**IB** + **NIB**: ICD-10-Kategorien für Todesursache	**IB**: 75 Gestorbene pro 100.000 **NIB**: 34 Gestorbene pro 100.000	**IB**: 144/4.738 **NIB**: 356/8.364	SMR adjustiert 2,02, 95% KI 1,67–2,45; p=k.A.
Oppewal et al. (2018) (unklar)	67	äußere Ursachen	**IB**: Krankenakte (Todesursache nach ICD-10 kodiert) **NIB**: k.A.	**IB**: Anteil der Verstorbenen nach 5 Jahren Follow-up (insgesamt 159 Todesfälle) **NIB**: k.A.	**IB**: 4,4% **NIB**: 4%	**IB**: 7/159 (4,4%) **NIB**: 5.344/144.964 (4%)	p=k.A.

HR=Hazard Ratio; IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert; SMR=standartisierte Mortalitätsrate

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.13 Körperliche Determinanten der Gesundheit

Als körperliche Determinanten der Gesundheit werden in diesem Bericht Risikofaktoren verstanden, die einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, wie z. B. Übergewicht und Adipositas oder Bluthochdruck. Adipositas und Bluthochdruck werden in diesem Bericht bewusst nicht als Erkrankungen behandelt, sondern als Risikofaktoren für diverse Erkrankungen.

5.13.1 Gewichtsstatus

Neunzehn Publikationen, davon elf mit niedrigem (Bhaumik et al. 2008; de Winter et al. 2012b; de Winter et al. 2012a; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a; Flygare Wallen et al. 2018; Havercamp/Scott 2015; McCarron et al. 2017b; Segal et al. 2016; Slevin et al. 2014; Stancliffe et al. 2011), sechs mit unklarem (Burke et al. 2014; García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017a; Robertson et al. 2014; Stedman/Leland 2010) und zwei mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013; Magana et al. 2016), berichten über den Gewichtsstatus von Menschen mit und ohne IB. Über alle Publikationen hinweg zeigt sich für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene, dass Menschen mit IB häufiger von Adipositas betroffen sind als Menschen ohne IB. Übergewicht scheint hingegen bei Menschen mit IB und ohne IB ähnlich häufig zu sein oder sogar bei Menschen mit IB weniger oft vorzukommen. In puncto Untergewicht sind die Studienergebnisse widersprüchlich. Die Ergebnisse zum Gewichtsstatus sind in Tabelle 68 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine US-Studie (Segal et al. 2016) mit niedrigem Biasrisiko mit 672 Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre, die in privaten Haushalten leben und eine IB aufweisen (Selbstbericht der Eltern), zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit IB statistisch signifikant öfter adipös sind als Kinder und Jugendliche ohne IB (IB: 28,9% vs. NIB: 15,5%; $p<0,001$). Eine weitere Studie mit niedrigem Biasrisiko aus Nordirland (Slevin et al. 2014) zeigt bei 218 Schulkindern bis 19 Jahren aus Volksschulen und Sonderschulen einen höheren BMI und einen größeren Taillenumfang als bei ihren gleichaltrigen Kolleginnen und Kollegen (BMI MW: 20,5 vs. 19,2 kg/m^2, $p\leq0,05$; Taillenumfang MW: 71,6 vs. 76,1 cm, $p\leq0,01$).

Kinder und Erwachsene

Eine schwedische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Flygare Wallen et al. 2018) zeigt für 13.067 Menschen aller Altersgruppen, die ärztliche Leistungen im Bezirk Stockholm in Anspruch nehmen, eine Adipositasprävalenz von 10,7 Prozent für Menschen mit IB versus 4,7 Prozent ohne IB (p=k.A.).

Erwachsene

Neun Studien (davon fünf mit niedrigem (Bhaumik et al. 2008; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a; Havercamp/Scott 2015; Stancliffe et al. 2011), zwei mit unklarem (Robertson et al. 2014; Stedman/Leland 2010) und zwei mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013; Magana et al. 2016)) bei insgesamt 33.695 Erwachsenen mit IB ab 16, 18, 19 oder 20 Jahren berichten konsistent über höhere Adipositasraten bei Personen mit IB als bei Personen ohne IB (Spannweite IB: 5,3-51,02% vs. NIB: 4,3-33,8%). Die größte Studie mit niedrigem Biasrisiko (Havercamp/Scott 2015) und einer Zufallsstichprobe von 20.395 Erwachsenen in den USA, die staatliche Unterstützungsleistungen für IB in Anspruch nehmen, berichtet eine Adipositasprävalenz von 31,1 Prozent für Menschen mit IB versus 23,8 Prozent ohne IB (p<0,05).

Eine weitere US-Studie mit niedrigem Biasrisiko (Stancliffe et al. 2011) mit einer Zufallsstichprobe von 8.911 ab 20-Jährigen in 20 Bundesstaaten der USA, die staatliche Unterstützungsleistungen für IB in Anspruch nehmen, zeigt ähnliche Prävalenzen für Menschen mit und ohne IB für Adipositas Grad 1[7] (IB: 33,6 vs. NIB: 33,8%; KI überlappen sich, d. h. es gibt keinen signifikanten Unterschied; p=k.A.) und eine höhere Prävalenz bei Personen mit IB für Adipositas Grad 3 (IB: 7,6 vs. NIB: 5,7%; KI überlappen sich nicht, d. h. es gibt einen signifikanten Unterschied; p=k.A.). Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zusammengenommen ist für Erwachsene mit IB niedriger als für Erwachsene ohne IB (IB: 62,2 vs. NIB: 68,0%; KI überlappen sich nicht; p=k.A.). Ähnliche Ergebnisse zeigen auch andere Studien, in denen Übergewicht bei Personen mit IB vs. ohne IB entweder ähnlich oft festgestellt wird (IB: 30,61 vs. NIB: 37,44%; p=n.s. (Stedman/Leland 2010) und IB: 28,0 vs. NIB: 31,9%; p=n.s.

[7] Gemäß der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es drei Schweregrade der Adipositas: Grad 1 mit BMI-Werten zwischen 30 und 34,9 kg/m², Grad 2 mit BMI-Werte zwischen 35 noch unter 40 kg/m² und Grad 3 mit BMI-Werte ab 40 kg/m².

(Haider et al. 2013)) oder bei Menschen mit IB sogar weniger prävalent ist als bei Menschen ohne IB (IB: 29,2 vs. NIB: 37,1; p<0,05) (Havercamp/Scott 2015).

Vier Berichte der irischen Studie IDS-TILDA (Wave 1 (McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017b), Wave 2 (Burke et al. 2014), Wave 3 (McCarron et al. 2017a)) zeigen bei Erwachsenen ab 40 bzw. 50 Jahren, die zufällig aus einer Datenbank von Serviceberechtigten mit IB gezogen wurden, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zusammengenommen (definiert als BMI ≥ 25 kg/m^2) bei Menschen mit und ohne IB entweder ähnlich hoch ist (Spannweite IB: 66,7-79,7% vs. NIB: 79%) (Burke et al. 2014; McCarron et al. 2017a) oder bei Personen mit IB niedriger ausfällt als bei Personen ohne IB (IB: 59,5 vs. NIB: 78,4; p<0,001) (McCarron et al. 2017b).

Zwei Berichte der niederländischen HA-ID-Studie mit niedrigem Biasrisiko und 945 (de Winter et al. 2012b) bzw. 980 ab 50-Jährigen mit IB, die von drei großen Serviceanbietern für Menschen mit IB betreut werden (de Winter et al. 2012a), liefern ähnliche Ergebnisse in puncto Übergewicht. Die Prävalenzen für Übergewicht sind für Menschen mit IB und ohne IB ähnlich (IB: 38,2 vs. NIB: 41,2, KI überlappen sich, p=k.A. (de Winter et al. 2012b) und 37,8 vs. 43,0%, KI überlappen sich, p=k.A. (de Winter et al. 2012a)) und für Adipositas höher bei Menschen mit IB versus ohne IB (IB: 25,6 vs. NIB: 9,6%, KI überlappen sich nicht, p=k.A. (de Winter et al. 2012b) und IB: 24,4 vs. NIB: 15,8%, KI überlappen sich nicht, p=k.A. (de Winter et al. 2012a)).

In puncto abdominaler Adipositas (definiert als Taillenumfang >102cm bei Männern und >88cm bei Frauen) weist ein Bericht der HA-ID-Studie keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit IB und ohne IB aus (ab 50-Jährige; IB: 43,7 vs. NIB: 43,9%; KI überlappen sich; p=k.A.) (de Winter et al. 2012a). Eine spanische Studie mit 1.040 Personen im Alter ab 44 Jahren, die in Organisationen für Menschen mit IB Leistungen erhalten, zeigt hingegen eine signifikant höhere Prävalenz von abdominaler Adipositas bei Menschen mit IB als für Menschen ohne IB (IB: 25,3 vs. NIB: 20,3%; OR 1,33; p<0,001) (García-Domínguez et al. 2020).

In puncto Untergewicht berichtet eine britische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Bhaumik et al. 2008), basierend auf 1.119 Erwachsenen ab 20 Jahren aus dem Leicestershire Learning Disability Register (eine Kohorte von Personen, die Leistungen für Menschen mit IB in Anspruch nehmen), eine statistisch signifikant höhere Prävalenz für Untergewicht bei Personen mit IB im Unterschied zu einer Vergleichsgruppe ohne IB (IB: 18,6 vs. NIB: 2 bzw. 5%;

SMR adjustiert für Männer 8,44, für Frauen 2,35). Eine australische Studie mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013) und einer Zufallsstichprobe von 897 erwachsenen Serviceempfängerinnen und -empfängern mit IB beschreibt ähnliche Ergebnisse (IB: 3,7 vs. NIB: 2,2%; statistisch signifikanter Unterschied; p=k.A.). Eine neuseeländische Studie mit unklarem Biasrisiko (Stedman/Leland 2010) und 98 Serviceempfängerinnen und -empfängern mit IB eines Betreuungsdienstes berichtet hingegen keine Unterschiede in der Prävalenz für Untergewicht zwischen Menschen mit und ohne IB (IB: 1,02 vs. NIB: 0,9%; p=n.s.). Die Definitionen für Untergewicht sind allerdings entweder nicht angegeben (Stedman/Leland 2010) oder unterschiedlich: BMI ≤ 20 kg/m^2 (Bhaumik et al. 2008) bzw. BMI <18,5 kg/m^2 (Haider et al. 2013). Auch die Daten wurden sowohl für die Population mit IB als auch für die Population ohne IB unterschiedlich erhoben.

Tabelle 68: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie körperliche Determinanten, Unterkategorie Gewichtsstatus

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Segal et al. 2016 (niedrig)	68	Adipositas	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern/Vormund)	**IB** + **NIB**: Berechnung des BMI aus Geschlecht, Alter, Größe und Gewicht und Beurteilung nach CDC 2000-Referenzen: <5. Perzentile = untergewichig 5.-85. Perzentile = normalgewichtig 85.-95. Perzentile = übergewichtig ≥95. Perzentile = adipös Der BMI-for-age wird anhand der von den Eltern angegebenen Größe, des Gewichts, Geschlechts und Alters (berechnet aus Geburtsdatum und Befragungsdatum) berechnet. Zur Berechnung des BMI in Monaten wird das Alter des Kindes in Monaten verwendet. Da das NCHS das Alter jedoch nur in Jahren angibt, ist das NCHS bei dieser Berechnung davon ausgegangen, dass alle Kinder in der Mitte ihres Alters sind.	**IB**: 28,9% (k.A.) **NIB**: 15,5% (k.A.)	**IB**: 194/672 (28,9%) **NIB**: 6.688/43.146 (15,5%)	prozentueller Unterschied: 13,4%, 95% KI 4,0-22,9; p<0,001

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Body-Mass-Index (BMI)	**IB** + **NIB**: Messen des Gewichts (kg) und der Körpergröße (m)	**IB** + **NIB**: International Obesity Task Force (IOTF) cut-off points (Cole et al. 2000) für die Einteilung in Übergewicht und Adipositas	BMI (kg/m^2) **IB**: MW: 20,5 (SD 5,38) Spannweite: 12,5-45,0 **NIB**: MW: 19,2 (SD 3,7) Spannweite: 12,7-34,1	**IB** + **NIB**: n.a.	p≤0,05
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Taillen-umfang	**IB** + **NIB**: Messen in cm	**IB** + **NIB**: Messen des Taillenumfangs (cm) in aufrechter Position	Taillenumfang (cm) **IB**: MW: 71,6 (SD 13,08) Spannweite: 44,00-113,0 **NIB**: MW: 67,1 (SD 10,6) Spannweite: 49-99	**IB** + **NIB**: n.a.	p≤0,01
Erwachsene							
Bhaumik et al. (2008) (niedrig)	2	Adipositas	**IB**: Datenerhebung aus Datenbank **NIB**: publizierte Daten der Gesundheitsumfrage für England	**IB**: strukturierte Interviews zu Hause, Gesundheitsuntersuchung; BMI>30 kg/m^2 **NIB**: n.a.	**IB**: 20,7% (k.A.) **NIB**: 19% Männer und 23% Frauen (k.A.)	**IB**: 232/1.119 (20,7%) **NIB**: k.A.	Standardised Morbidity Ratio adjustiert männlich: 0,80, 95% KI 0,64-1,00; p=k.A. weiblich: 1,48, 95% KI 1,23-1,77; p=k.A., adjustiert nach Alter
Dixon-Ibarra et al. 2014 (niedrig)	15	Adipositas	**IB** + **NIB**: Interview	**IB** + **NIB**: National Health Interview Survey (keine genaue Angabe zur Definition oder Berechnung von Adipositas)	**IB**: k.A. **NIB**: 24,7 (0,2)	**IB**: k.A. **NIB**: 30.232/122.395 (24,7%)	OR 1,82, 95% KI 1,34–2,47; p=k.A. OR adjustiert 2,30, 95% KI 1,68–3,14; p=k.A., adjustiert für Alter, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand und Arbeitsstatus

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Adipositas	**IB** + **NIB**: Krankenunter-suchung durch Krankenpflege-personal	**IB** + **NIB**: Berechnung des BMI aus Körpergröße und Körpergewicht > 30 kg/m^2	**IB**: 42% **NIB**: 26%	**IB**: 25/60 (42%) **NIB**: 2.897/11.142 (26%)	OR 2,12, 95% KI 1,25-3,60; p<0,01 OR adjustiert 2,12, 95% KI 1,24-3,62; p<0,01, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 1,67, 95% KI 0,97-2,87; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Flygare Wallen et al. (2018) (niedrig)	62	Adipositas	**IB** + **NIB**: elektronische Patientenakten	**IB** + **NIB**: International Classification of Diseases, 10th revision ICD-10 Codes E65-E68	**IB**: 10,7% (k.A.) **NIB**: 4,7% (k.A.)	**IB**: 1.409/13.067 (10,7%) **NIB**: 93.183/1.996.140 (4,7%)	p=k.A.
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Adipositas	**IB** + **NIB**: computer-gestütztes Telefoninterview (CATI)	**IB + NIB**: BMI ≥ 30,0 kg/m^2	**IB**: 26,7% (22,8 - 31,0) **NIB**: 16,7% (16,1 - 17,3)	**IB**: 239/897 (26,7%) **NIB**: 5535/34.168 (16,7%)	statistisch signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Havercamp /Scott (2015) (niedrig)	27	Adipositas	**IB**: Daten aus Fallakten **NIB**: Telefonbefragung	**IB** + **NIB**: BMI (keine weitere Angabe)	**IB**: 31,1% (30,5-31,7) **NIB**: 23,8% (23,5-24,1)	**IB**: 6.343/20.395 (31,1%) **NIB**: 74.290/312.144 (23,8%)	p<0,05

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Magana et al. (2016) (hoch)	42	Adipositas	**IB** + **NIB**: Telefonumfrage	**IB** + **NIB**: MEPS-Fragebogen: BMI≥30 kg/m^2 (ja/nein)	**IB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 8,6% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 5,3% Latino-Bevölkerung: 10,9% **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 6,7% Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 4,3% Latino-Bevölkerung: 5,3%	**IB**:Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 25/293 (8,6%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 33/615 (5,3%) Latino-Bevölkerung: 24/223 (10,9%) **NIB**: Bevölkerung mit dunkler Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 2.145/32.007 (6,7%) Bevölkerung mit heller Haut, Nicht-Latino-Bevölkerung: 4.019/93.468 (4,3%) Latino-Bevölkerung: 2.595/48.954 (5,3%)	p=k.A.
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Adipositas	**IB** + **NIB**: Waage und Stadiometer (gemessen von Pflegepersonal) und computergestütztes persönliches Interview	**IB** + **NIB**: BMI > 29 kg/m^2	**IB**: gemessen: 41,3% (k.A.) selbstberichtet: 26,6% (k.A.) **NIB**: gemessen:26,3% (k.A.) selbstberichtet: 16,7% (k.A.)	**IB** + **NIB**: gemessen: k.A. selbstberichtet: k.A.	gemessen: OR adjustiert 1,29, 95% KI 0,88-1,90; p>0,05 selbstberichtet: OR adjustiert 1,16, 95% KI 0,87-1,55; p>0,05, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Stancliffe et al. (2011) (niedrig)	54	Adipositas	**IB**: Daten aus National Core Indicators (NCI) Adult Consumer Survey (NCI-ACS) (persönliches Interview) **NIB**: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), Körperhöhe und Gewicht von der interviewenden Person direkt gemessen	**IB** + **NIB**: Grad 1: BMI ≥ 30 kg/m^2 Grad 3: BMI ≥ 40 kg/m^2	**IB**: Grad 1: 33,6% (32,6–34,6) Grad 3: 7,6% (7,1-8,2) **NIB**: Grad 1: 33,8% (31,6–36,0) Grad 3: 5,7% (4,9-6,5)	**IB**: Grad 1: 2.994/8.911 (33,6%) Grad 3: 677/8.911 (7,6%) **NIB**: Grad 1: k.A. (33,8%) Grad 3: k.A. (5,7%)	Grad 1: Konfidenzintervalle überlappen sich; p=k.A. Grad 3: Konfidenzintervalle überlappen sich nicht; p=k.A.
Stedman/Leland (2010) (unklar)	56	Adipositas	**IB**: Daten aus Fallakten **NIB**: Fragebogen	**IB**: gesamt: BMI ≥30 kg/m^2 Grad 1: BMI 30-34,99 kg/m^2 Grad 2: BMI 35-39,99 kg/m^2 Grad 3: BMI ≥40 kg/m^2 **NIB**: Body-Mass-Index (BMI)	**IB**: gesamt 51,02% (k.A.) Grad 1: 26,6% (k.A.) Grad 2: 13,3% (k.A.) Grad 3: 10,2% (k.A.) **NIB**: gesamt 29,99% (k.A.) Grad 1: 19,05% (k.A.) Grad 2: 7% (k.A.) Grad 3: 4% (k.A.)	**IB**: gesamt 50/98 (51,02%) Grad 1: 27/98 (26,6%) Grad 2: 13/98 (13,3%) Grad 3: 10/98 (10,2%) **NIB**: gesamt k.A. (29,99%) Grad 1: k.A. (19,05%) Grad 2: k.A. (7%) Grad 3: k.A. (4%)	gesamt: p<0,001 Grad 1: p <0,05 Grad 2: p <0,05 Grad 3: p <0,01
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Übergewicht	**IB** + **NIB**: computergestütztes Telefoninterview (CATI)	**IB** + **NIB**: BMI 25,0-29,9 kg/m^2	**IB**: 28,0% (23,8-32,5) **NIB**: 31,9% (31,1-32,7)	**IB**: 251/897 (28,0%) **NIB**: 10.900/34.168 (31,9%)	kein statistisch signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Havercamp /Scott (2015) (niedrig)	27	Übergewicht	**IB**: Daten aus Fallakten **NIB**: Telefonbefragung	**IB** + **NIB**: BMI (keine weitere Angabe)	**IB**: 29,2% (28,6-29,8) **NIB**: 37,1% (36,8-37,4)	**IB**: 5.955/20.395 (29,2%) **NIB**: 115.805/312.144 (37,1%)	p<0,05

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Stedman/Leland (2010) (unklar)	56	Übergewicht	**IB**: Daten aus Fallakten **NIB**: Fragebogen	**IB** + **NIB**: BMI	**IB**: 30,61% (k.A.) **NIB**: 37,44% (k.A.)	**IB**: 30/98 (30,61%) **NIB**: k.A. (37,44%)	p>0,05
Stancliffe et al. (2011) (niedrig)	54	Übergewicht oder Adipositas	**IB**: Daten aus National Core Indicators (NCI) Adult Consumer Survey (NCI-ACS) (persönliches Interview)	**IB** + **NIB**: BMI ≥ 25 kg/m^2	**IB**: 62,2% (61,2–63,3) **NIB**: 68,0% (66,3–69,8)	**IB**: 5.543/8.911 (62,2%) **NIB**: k.A. (68,0%)	Konfidenzintervalle überlappen sich nicht; p=k.A.
Bhaumik et al. (2008) (niedrig)	2	Untergewicht	**IB**: Datenerhebung aus Datenbank **NIB**: publizierte Daten der Gesundheitsumfrage für England	**IB**: strukturierte Interviews zu Hause, Gesundheitsuntersuchung; BMI ≤ 20 kg/m^2 **NIB**: n.a.	**IB**: 18,6% (k.A.) **NIB**: 2% Männer und 5% Frauen (k.A.)	**IB**: 208/1.119 (18,6%) **NIB**: k.A.	männlich: SMR adjustiert 8,44, 95% KI 6,52-10,92; p=k.A. weiblich: SMR adjustiert 2,35, 95% KI 1,72-3,19; p=k.A., adjustiert nach Alter
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Untergewicht	**IB** + **NIB**: computer-gestütztes Telefoninterview (CATI)	**IB** + **NIB**: BMI <18,5 kg/m^2	**IB**: 3,7% (2,6-5,3) **NIB**: 2,2% (2,0-2,5)	**IB**: 33/897 (3,7%) **NIB**: 752/34.168 (2,2%)	statistisch signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Stedman/Leland (2010) (unklar)	56	Untergewicht	**IB**: Daten aus Fallakten **NIB**: Fragebogen	**IB** + **NIB**: BMI	**IB**: 1,02% (k.A.) **NIB**: 0,9% (k.A.)	**IB**: 1/98 (1,02%) **NIB**: k.A. (0,9%)	p>0,05

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene ab 40 Jahre							
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	abdominale Adipositas (Taillen-umfang)	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: SECCA-Maßband; Cut off: Männer >102 cm; Frauen >88 cm **NIB**: k.A.	**IB**: 74,9% (k.A.) **NIB**: 54% (k.A.)	**IB**: 259/346 (74,9%.) **NIB**: k.A. (54%)	p=k.A.
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	11	Adipositas	**IB** + **NIB**: BMI	**IB**: BMI ≥ 30 kg/m^2 **NIB**: BMI ≥ 30 kg/m^2	**IB**: 24,4% (21,4–27,5) **NIB**: 15,8% (14,3–17,3)	**IB**: 186/761 (24,4%) **NIB**: 358/2.263 (15,8%)	Konfidenzintervalle überlappen sich nicht; p=k.A.
de Winter et al. (2012b) (niedrig)	10	Adipositas	**IB**: BMI **NIB**: k.A.	**IB**: digitale Bodenwaage; Adipositas: ≥30 kg/m^2 **NIB**: k.A.	**IB**: 25,6% (22,8–28,5) **NIB**: 9,6% (8,7-10,6)	**IB**: 229/893 (25,6%) **NIB**: 352/3.663 (9,6%)	Konfindezintervalle überlappen sich nicht; p=k.A.
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Adipositas	**IB**: Fragebogen, (ausgefüllt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Service-einrichtung für Menschen mit IB) **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden?	**IB**: 25,3% (k.A.) **NIB**: 20,3% (k.A.)	**IB**: 263/1.040 (25,3%) **NIB**: 2.471/12.172 (20,3%)	OR 1,33, 95% KI k.A.; p<0,001
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Adipositas	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte	**IB**: berichtetes Körpergewicht in kg dividiert durch berichtete Größe in Metern zum Quadrat - WHO-Skala: BMI ≥ 30 kg/m^2 **NIB**: k.A.	**IB**: 31% (k.A.) **NIB**: 34% (k.A.)	**IB**: k.A. (31%) **NIB**: k.A. (34%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			persönliche Interviews (CAPI)				
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	11	Taillen-umfang (abdominale Adipositas)	**IB** + **NIB**: Taillenumfang	**IB**: gemessen über dem unbekleideten Abdomen an der engsten Stelle zwischen Rippenrand und Beckenkamm; abdominale Adipositas: Männer ≥ 102 cm, Frauen ≥ 88 cm **NIB**: Taillenumfang; abdominale Adipositas: Männer ≥ 102 cm, Frauen ≥ 88 cm	abdominale Adipositas **IB**: 43,7% (40,2–47,2) **NIB**: 43,9% (41,9–46,0)	**IB**: 335/767 (43,7%) **NIB**: 995/2.266 (43,9%)	Konfidenzintervalle überlappen sich; p=k.A.
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	11	Übergewicht	**IB** + **NIB**: BMI	**IB** + **NIB**: BMI 25-30 kg/m^2	**IB**: 37,8% (34,4–41,3) **NIB**: 43,0% (41,0–45,1)	**IB**: 288/761 (37,8%) **NIB**: 973/2.263 (43,0%)	Konfidenzintervalle überlappen sich; p=k.A.
de Winter et al. (2012b) (niedrig)	10	Übergewicht	**IB**: BMI **NIB**: k.A.	**IB**: digitale Bodenwaage; Übergewicht: BMI ≥ 25 kg/m^2 **NIB**: k.A.	**IB**: 38,2% (35,0–41,4) **NIB**: 41,2% (39,6-42,8)	**IB**: 341/893 (38,2%) **NIB** 1.509/3.663 (41,2%)	Konfidenzintervalle überlappen sich; p=k.A.
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Übergewicht	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: berichtetes Körpergewicht in kg dividiert durch berichtete Größe in Metern zum Quadrat - WHO-Skala: BMI ≥ 25 kg/m^2 **NIB**: k.A.	**IB**: 30% (k.A.) **NIB**: 44% (k.A.)	**IB**: k.A. (30%) **NIB**: k.A. (44%)	p=k.A.
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Übergewicht oder Adipositas	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB**: berichtetes Körpergewicht in kg dividiert durch berichtete Größe in Metern zum Quadrat -	**IB**: 66,7% (k.A.) **NIB**: 79% (k.A.)	**IB**: 392/588 (66,7%) **NIB**: k.A. (79%)	p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			NIB: k.A.	WHO-Skala: Übergewicht BMI ≥ 25 kg/m^2, Adipositas BMI ≥ 30 kg/m^2 **NIB**: k.A.			
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	Übergewicht oder Adipositas	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB**: berichtetes Körpergewicht in kg dividiert durch berichtete Größe in Metern zum Quadrat - WHO-Skala: Übergewicht BMI ≥ 25 kg/m^2; Adipositas BMI ≥ 30 kg/m^2 **NIB**: k.A.	**IB**: 79,7% (k.A.) **NIB**: 79% (k.A.)	**IB** k.A. (79,7%) **NIB**: k.A. (79%)	p=k.A.
McCarron et al. (2017b) (niedrig)	44	Übergewicht oder Adipositas	**IB** + **NIB**: computergestütztes Interview	**IB** + **NIB**: Würden Sie sich im Allgemeinen als übergewichtig, untergewichtig oder in etwa mit dem richtigen Gewicht betrachten? übergewichtig\fettleibig vs. normal\untergewichtig	**IB**: 59,5% (54,5-64,5) **NIB**: 78,4% (74,1-82,7)	**IB**: 222/373 (59,5%) **NIB**: 283/361 (78,4%)	p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; SD=Standardabweichung

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.13.2 Metabolisches Syndrom

Eine Publikation mit niedrigem Biasrisiko (de Winter et al. 2012a) berichtet über den Outcome Metabolisches Syndrom und zeigt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne IB. Die Ergebnisse zum Metabolischen Syndrom sind in Tabelle 69 detailliert dargestellt.

Erwachsene

De Winter et al. (niedriges Biasrisiko) berichten vergleichende Prävalenzdaten für das Metabolische Syndrom für Menschen mit und ohne IB zwischen 50 und 70 Jahren (n=584) und unter Verwendung der „Joint Interim Statement"-Kriterien (mit abdominalem Übergewicht statt abdominaler Adipositas) für das Metabolische Syndrom (de Winter et al. 2012a). Werden diese Kriterien herangezogen, dann gibt es gesamt gesehen keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Menschen mit und ohne IB (IB: 36,0 vs. NIB: 40,6%; KI überlappen sich; p=k.A.) (de Winter et al. 2012a).

Tabelle 69: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie körperliche Determinanten, Unterkategorie Metabolisches Syndrom

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%) bzw.	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	11	Meta-bolisches Syndrom	**IB** + **NIB**: körperliche Untersuchung und Blutuntersuchung	**IB** + **NIB**: Metabolisches Syndrom nach den Kriterien des Joint Interim Statement 2009: Anwesenheit von mindestens 3 der 5 Kriterien: Nüchternglukosewert im Serum ≥ 5,6 mmol/l und/oder Einnahme von glukosesenkenden Medikamenten, Nüchterntriglyzeride im Serum ≥ 1,7 mmol/l und/oder Einnahme von triglyzeridsenkenden Medikamenten, Nüchtern-HDL-Cholesterin im Serum <= 1,0 mmol/l bei Männern und <= 1,3 mmol/l bei Frauen und/oder Einnahme von lipidsenkenden Medikamenten, Taillenumfang ≥ 102 cm bei Männern, ≥ 88 cm bei Frauen, Blutdruck ≥ 130/≥ 85 und/oder Einnahme blutdrucksenkender Medikamente	**IB**: joint interim statement criteria (abdominal obesity): 36,0% (31,7–40,2) joint interim statement criteria (abdominal overweight): 44,7% (95%CI 40,7–48,7%) NCEP-ATP III criteria: 24,8% (21,3–28,3%). **NIB**: joint interim statement criteria (abdominal obesity): 40,6% (38,6–42,7)	**IB**: joint interim statement criteria (abdominal obesity): 177/492 (36,0%) joint interim statement criteria (abdominal overweight): 261/584 (44,7%) NCEP-ATP III criteria: k.A. (24,8%) **NIB**: joint interim statement criteria (abdominal obesity): 888/2.186 (40,6%)	Konfidenzintervalle überlappen sich; p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.13.3 Bluthochdruck

Dreizehn Publikationen, davon acht mit niedrigem (Axmon et al. 2017; Carey et al. 2016; Cooper et al. 2015; Cooper et al. 2018; de Winter et al. 2012a; Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014; Emerson et al. 2016a; Flygare Wallen et al. 2018) und fünf mit unklarem (Brehmer et al. 2008; Burke et al. 2014; García-Domínguez et al. 2020; McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017a) Biasrisiko, berichten über die Bluthochdruckprävalenz von Menschen mit und ohne IB. Der Großteil der Publikationen berichtet von niedrigeren Prävalenzzahlen bei Personen mit IB im Vergleich zu Personen ohne IB, sowohl in der generellen Erwachsenenbevölkerung als auch bei Publikationen, die sich auf eher ältere Erwachsene beziehen. Die Ergebnisse zu Bluthochdruck sind in Tabelle 70 detailliert dargestellt.

Kinder und Erwachsene

Bei einer schwedischen Studie mit niedrigem Biasrisiko (Flygare Wallen et al. 2018) mit 13.067 Kindern und Erwachsenen mit IB, die ärztliche Leistungen im Bezirk Stockholm in Anspruch nehmen, zeigt sich eine niedrigere Prävalenz von Bluthochdruck bei Personen mit IB im Vergleich zu ohne IB (7,7 vs. 18,8%; p=k.A.).

Erwachsene

Studien, die Erwachsene ab 16 oder 18 Jahren untersucht und die Prävalenz von Bluthochdruck aus Patientenakten ermittelt haben, berichten niedrigere Prävalenzzahlen für Bluthochdruck bei Menschen mit IB als bei Menschen ohne IB (Spannweite IB: 2-12,8% vs. NIB: 4-16,5%). Die zwei größten Studien mit niedrigem Biasrisiko mit Daten von 14.751 (Carey et al. 2016) und 8.014 (Cooper et al. 2015) Erwachsenen mit IB ab 18 Jahren, die Patientinnen und Patienten in englischen bzw. schottischen Hausarztpraxen sind, finden eine Bluthochdruckprävalenz von 10,7 bzw. 9,7 Prozent bei Menschen mit IB und 12,1 bzw. 16,5 Prozent bei Menschen ohne IB (PR 0,93, 95% KI 0,89-0,98 (Carey et al. 2016) bzw. OR 0,72, 95% KI 0,66-0,78 (Cooper et al. 2015)). Eine US-Studie mit niedrigem Biasrisiko (Dixon-Ibarra/Horner-Johnson 2014), basierend auf 325 Erwachsenen mit IB aus einer nationalen Zufallsstichprobe, berichtet indes gegenteilige Ergebnisse auf Basis selbstberichteter Daten zum Bluthochdruck und ermittelt ein adjustiertes OR von 2,11 (95% KI 1,49-2,98; Prävalenz IB: k.A. vs. NIB: 19,1%) für Menschen mit IB vs. ohne IB.

Die Art und Weise, wie über Bluthochdruck berichtet wird, also Selbstbericht vs. direkte Messung bzw. Informationen aus Krankenakten, scheint einen Einfluss auf die Ergebnisse

zu haben. So haben Emerson et al. (2016a) in der britischen „Understanding Society“-Studie bei einem Subset Blutdruckmessungen durchgeführt und zeigen eine niedrigere Prävalenz von Bluthochdruck bei Personen mit IB versus ohne IB (IB: 2% vs. NIB: 4%; OR adjustiert 0,32, 95% KI 0,04-2,40; p=k.A.), allerdings ohne statistische Signifikanz, und eine ähnliche Prävalenz für Daten, die auf Selbstangaben von Bluthochdruck basieren (5%; OR adjustiert 0,69, 95% KI 0,40-1,20; p=k.A.).

Bei Erwachsenen mit IB ab 40 Jahren zeigen die Berichte der irischen Studie IDS-TILDA (Wave 1 (McCarron et al. 2011), Wave 2 (Burke et al. 2014), Wave 3 (McCarron et al. 2017a), alle mit unklarem Biasrisiko) niedrigere Prävalenzwerte für selbstberichteten Bluthochdruck für Menschen mit IB im Vergleich zu Menschen ohne IB (Spannweite IB: 16-18,7% vs. NIB: 33-40%; keine statistischen Kennwerte angegeben). Die größte Studie (Axmon et al. 2017) mit 7.936 schwedischen Erwachsenen ab 55 Jahren, die in einem Register für Serviceleistungen für Menschen mit IB erfasst sind, berichtet eine statistisch signifikant niedrigere Prävalenz für Bluthochdruck bei Personen mit IB als ohne IB (IB: 44% vs. NIB: 48%; RR 0,92, 95% KI 0,88–0,96). Eine weitere große Studie mit unklarem Biasrisiko (García-Domínguez et al. 2020) zeigt bei 1.040 spanischen Personen über 44 Jahren mit IB, die Services für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, eine niedrigere Bluthochdruckprävalenz als bei Personen ohne IB (Selbstbericht: IB 16,6% vs. NIB 31,7%; OR 0,42; p<0,001). Nur die niederländische HA-ID-Studie (de Winter et al. 2012a) mit niedrigem Biasrisiko, basierend auf 685 Erwachsenen mit IB ab 50 Jahren, zeigt ähnliche Prävalenzzahlen für Menschen mit IB und ohne IB (IB: 49,3% vs. NIB: 49,5%; KI überlappen sich, d. h. es gibt keinen signifikanten Unterschied; p=k.A.).

Tabelle 70: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie körperliche Determinanten, Unterkategorie Bluthochdruck

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Erwachsene							
Flygare Wallen et al. (2018) (niedrig)	62	Blut-hochdruck	**IB** + **NIB**: elektronische Patientenakten	**IB + NIB**: ICD-10-Codes I10-I15	**IB**: 7,7% (k.A.) **NIB**: 18,8% (k.A.)	**IB**: 1.002/13.067 (7,7%) **NIB**: 374.575/1.996.140 (18,8%)	p=k.A.
Erwachsene							
Brehmer et al. (2008) (unklar)	73	Blut-hochdruck	**IB**: persönliches Interview **NIB**: Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI)	**IB**: k.A. (Selbstbericht) **NIB**: „Hatten Sie jemals Bluthochdruck?“ (Selbstbericht)	**IB**: 17,4% **NIB**: 29%	**IB**: 33/190 (17,4%) **NIB**: 4.350/15.000 (29%)	p=k.A.
Carey et al. (2016) (niedrig)	5	Blut-hochdruck	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen	**IB**: 10,7% (k.A.) **NIB**: 12,1% (k.A.)	**IB**: 1.583/14.751 (10,7%) **NIB**: 10.416/86.221 (12,1%)	PR 0,93, 95% KI 0,89-0,98; p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Blut-hochdruck	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: klinische Klassifikationen und Kodierung nach dem schottischen ISD-System	**IB**: 9,7% (k.A.) **NIB**: 16,5% (k.A.)	**IB**: 774/8.014 (9,7%) **NIB**: 233.540/1.416.364 (16,5%)	OR 0,72, 95% KI 0,66-0,78; p<0,001
Cooper et al. (2018) (niedrig)	8	Blut-hochdruck	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Kodierung nach dem Quality-and-Outcomes-	**IB**: 12,8% (k.A.) **NIB**: 12,3% (k.A.)	**IB**: 92/721 (12,8%) **NIB**: 94.322/764.672 (12,3%)	Rate Ratio 1,03, 95% KI 0,84–1,27; p=0,7452

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				Framework-Krankheitsregister der britischen Allgemeinpraxen			
Dixon-Ibarra et al. 2014	15	Blut-hochdruck	**IB** + **NIB**: Interview	**IB** + **NIB**: National Health Interview Survey (Selbstbericht)	**IB**: k.A. **NIB**: 19,1 (0,2)	**IB**: k.A. **NIB**: 23.377/122.395 (19,1%)	OR 1,22, 95% KI 0,88–1,69; p=k.A. OR adjustiert 2,11, 95% KI 1,49–2,98; p=k.A., adjustiert für Alter, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand und Arbeitsstatus
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Blut-hochdruck	**IB** + **NIB**: computergestütztes persönliches Interview	**IB** + **NIB**: Hat ein Arzt/eine Ärztin oder andere(r) Mitarbeiter/-in des Gesundheitssystems jemals diese Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert? (Selbstbericht)	**IB**: 5% **NIB**: 5%	**IB**: 15/299 (5%) **NIB**: 1.146/22.927 (5%)	OR 1,04, 95% KI 0,60-1,79; p>0,05 OR adjustiert 0,87, 95% KI 0,50-1,51; p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 0,69, 95% KI 0,40-1,20; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Emerson et al. (2016a) (niedrig)	20	Hypertonie Grad 2	**IB** + **NIB**: Krankenuntersu-chung durch	**IB + NIB**: Messung des systolischen und diastolischen Blutdrucks > 160/100 mmHg oder Einnahme antihypertensiver Medikamente	**IB**: 2% **NIB**: 4%	**IB**: 1/60 (2%) **NIB**: 446/11.142 (4%)	OR 0,56, 95% KI 0,08-4,10; p>0,05 OR adjustiert 0,51, 95% KI 0,07-3,75;

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
			Kranken-pflegepersonal				p>0,05, adjustiert nach Alter und Geschlecht OR adjustiert 0,32, 95% KI 0,04-2,40; p>0,05, adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Nachteil und sozialem Kapital der Nachbarschaft
Erwachsene ab 40 Jahre							
Axmon et al. (2017) (niedrig)	72	Blut-hochdruck	**IB** + **NIB**: Registerdaten; Arzt-Aufzeichnungen aller stationären und ambulanten Facharztbesuche/-visiten in Schweden	**IB + NIB**: Diagnose gemäß International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) (I10-I15) oder Verschreibung für blutdrucksenkende Medikamente	**IB**: 44% (k.A.) **NIB**: 48% (k.A.)	**IB**: 3.520/7.936 (44%) **NIB**: 3.842/7.936 (48%)	RR 0,92, 95% KI 0,88-0,96; p=k.A.
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Blut-hochdruck	**IB + NIB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB + NIB**: Selbstbericht über ärztliche Diagnose	**IB**: 18,1% (k.A.) **NIB**: 37,2% (k.A.)	**IB**: k.A. (18,1%) **NIB**: k.A. (37,2%)	p=k.A.
de Winter et al. (2012a) (niedrig)	11	Blut-hochdruck	**IB**: Blutdruckmessung **NIB**: körperliche Untersuchung	**IB**: zweifache Blutdruckmessung in sitzender Position; Bluthochdruck: ≥ 140 mmHg systolischer Blutdruck und/oder ≥ 90 mmHg	**IB**: 49,3% (45,6–53,1) **NIB**: 49,4% (47,3–51,4)	**IB**: 338/685 (49,3%) **NIB**: 1.118/2.264 (49,4%)	Konfidenzintervalle überlappen sich; p=k.A.

Referenz (Biasrisiko)	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				diastolischer Bludruck und/oder Einnahme blutdrucksenkender Medikamente **NIB**: k.A.			
García-Domínguez et al. (2020) (unklar)	75	Blut-hochdruck	**IB**: Fragebogen (ausgefüllt von Mitarbeiterinnen/Mit-arbeitern einer Serviceeinrichtung für Menschen mit IB) **NIB**: Mikrodaten, nationales Statistik-institut Spanien	**IB** + **NIB**: Weist die Person eine der folgenden chronischen Erkrankungen auf, die von einem/ einer Angehörigen eines Gesundheitsberufs diagnostiziert wurden? (Selbstbericht)	**IB**: 16,6% (k.A.) **NIB**: 31,7% (k.A.)	**IB**: 173/1.040 (16,6%) **NIB**: 3.859/12.172 (31,7%)	OR 0,42, 95% KI k.A.; p<0,001
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Blut-hochdruck	**IB + NIB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB + NIB**: Selbstbericht über die Diagnose eines Arztes/einer Ärztin, mittlerer systolischer Blutdruck von über 140 mmHg	**IB**: 16% (k.A.) **NIB**: 33% (k.A.)	**IB**: k.A. (16%) **NIB**: k.A. (33%)	p=k.A.
McCarron et al. (2017a) (unklar)	78	Blut-hochdruck	**IB + NIB**: Fragebogen und computer-gestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB + NIB**: Selbstbericht über die Diagnose eines Arztes/einer Ärztin, mittlerer systolischer Blutdruck von über 140 mmHg	**IB**: 18,7% (k.A.) **NIB**: 40% (k.A.)	**IB**: k.A. (18,7%) **NIB**: k.A. (40%)	p=k.A.

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; PR=Prevalence Ratio

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.14 Gesundheits- und Risikoverhalten

5.14.1 Körperliche Aktivität

Acht Publikationen, davon vier mit niedrigem Biasrisiko (Finlayson et al. 2009; Havercamp/Scott 2015; McCarron et al. 2017b; Segal et al. 2016) und je zwei mit unklarem (Burke et al. 2014; Robertson et al. 2014) und hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013; Stancliffe/Anderson 2017), berichten über das Ausmaß körperlicher Aktivität. Über alle Publikationen hinweg zeigt sich für Kinder sowie für Erwachsene, dass Menschen mit IB seltener körperliche Bewegung mit mittlerer bis höherer Intensität ausüben bzw. öfter ein sitzendes Verhalten zeigen als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse zum Outcome körperliche Aktivität sind in Tabelle 71 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine US-Studie mit niedrigem Biasrisiko bei 672 Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre, die in privaten Haushalten leben und eine IB aufweisen (Segal et al. 2016), zeigt, dass der Anteil jener, die an vier bis sieben Tagen pro Woche Bewegung mit mittlerer oder hoher Intensität ausüben, bei Menschen mit IB niedriger ist als bei Menschen ohne IB (IB: 49,5% vs. NIB: 62,9%; p=k.A.).

Erwachsene

Fünf Studien (davon zwei mit niedrigem (Finlayson et al. 2009; Havercamp/Scott 2015), eine mit unklarem (Robertson et al. 2014) und zwei mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013; Stancliffe/Anderson 2017)), berichten für insgesamt 30.881 Erwachsene mit IB (ab 16, 18 oder 19 Jahren) konsistent von einem geringeren Anteil an Personen mit IB, die regelmäßig Bewegung mit mittlerer bis höherer Intensität ausüben (Spannweite IB: 13,5-23,1% vs. NIB: 30,8-37,7%), oder von einem höheren Anteil an Menschen mit IB, die körperlich inaktiv sind, im Vergleich zu Menschen ohne IB (Spannweite IB: 25,3-45,1% vs. NIB: 5,3-10,7%).

Zwei Berichte der irischen Studie IDS-TILDA (Wave 1 (McCarron et al. 2017b) und Wave 2 (Burke et al. 2014)) mit insgesamt 1.186 Erwachsenen ab 40 bzw. ab 50 Jahren, die Serviceleistungen für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, zeigen ebenfalls einen geringeren Anteil an Personen mit IB, die regelmäßig Bewegung mit mittlerer bis höherer Intensität ausüben (IB: 26,8% vs. NIB: 67%; p=k.A.) (Burke et al. 2014), bzw. einen statistisch signifikant

höheren Anteil jener, die ein niedriges Bewegungsniveau aufweisen, als bei Menschen ohne IB (IB: 75,5% vs. NIB: 26,7%; $p<0,001$) (McCarron et al. 2017b).

Tabelle 71: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie körperliche Aktivität

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Segal et al. (2016) (niedrig)	68	körperliche Aktivität	**IB** + **NIB**: Telefoninterviews (Eltern-/Vormundinterview)	**IB** + **NIB**: Während der letzten Woche: An wie vielen Tagen machte Ihr Kind Übungen, Sport oder nahm an einer Bewegungsaktivität für zumindest 20 Minuten teil, wodurch sie/er zum Schwitzen und zu schwerem Atmen kam? (Antwortkategorien: 0-7; Antwort-Umkodierung in (1) 0-3 Tage die Woche, (2) 4-7 Tage/Woche); Darstellung: an 4-7 Tagen/Woche	Sport an 4-7 Tagen die Woche **IB**: 49,5% (k.A.) **NIB**: 62,9% (k.A.)	**IB**: 333/672 (49,5%) **NIB**: 27.139/43.146 (62,9%)	prozentueller Unterschied: -13,4%, 95% KI -23,4--3,8; p=0,005
Erwachsene							
Finlayson et al. (2009) (niedrig)	23	körperliche Aktivität	**IB**: Fragebogen **NIB**: Umfrage	**IB**: eine Reihe von zweckgebundenen halbstrukturierten Fragen, um beschreibende Informationen über die Art der durchgeführten körperlichen Aktivität zu sammeln; die Teilnehmer/-innen wurden gebeten, jede durchgeführte Aktivität aufzulisten und anzugeben, wie oft und wie lange sie jede Aktivität durchgeführt	regelmässige Bewegung bei mittlerer bis höherer Intensität: **IB**: Aktivitäten zu Hause: 5,1% (k.A.) Sport/Training: 26,1% (k.A.) Bewegung bei der Arbeit: 0,7% (k.A.) Gehen: 6,0% (k.A.)	**IB**: Aktivitäten zu Hause: 22/433 (5,1%) Sport/Training: 113/433 (26,1%) Bewegung bei der Arbeit: 3/433 (0,7%) Gehen: 26/433 (6,0%) **NIB**: Aktivitäten zu Hause: 5.012/8.145 (5,1%) Sport/Training: 3.063/8.145 (26,1%)	Aktivitäten zu Hause: p<0,001 Sport/Training: p<0,001 Bewegung bei der Arbeit: p<0,001 Gehen: p<0,001

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
				haben und die stärkste Intensität der jeweiligen Aktivität zu beschreiben **NIB**: k.A.	**NIB**: Aktivitäten zu Hause: 61,6% (k.A.) Sport/Training: 37,7% (k.A.) Bewegung bei der Arbeit: 11,8% (k.A.) Gehen: 28,7% (k.A.)	Bewegung bei der Arbeit: 958/8.145 (0,7%) Gehen: 2.335/8.145 (6,0%)	
Stancliffe/Anderson (2017) (hoch)	55	körperliche Aktivität	**IB**: Daten aus National Core Indicators (NCI) Adult Consumer Survey (NCI-ACS) (persönliches Interview) **NIB**: Umfrage	**IB**: Richtlinien für körperliche Aktivität in den USA (mindestens 5 mäßig intensive körperliche Bewegungseinheiten pro Woche mit einer Dauer von jeweils 30 Minuten oder mehr); Fragen: (1) Übt diese Person regelmäßig moderate körperliche Aktivität aus? (gefolgt von einer kurzen Definition und Beispielen moderater Aktivität); (2) Wenn ja, dauert die moderate körperliche Aktivität 30 Minuten oder länger? und (3) Wenn ja, wie oft pro Woche? **NIB**: National Health Interview Survey	Anteil jener, die Richtlinien für körperliche Aktivität einhalten **IB**: 13,5% (k.A.) **NIB**: 30,8% (k.A.)	**IB**: 1.166/8.636 (13,5%) **NIB**: k.A. (30,8%)	Die Prävalenz war in der Allgemeinbevölkerung um 128% höher. Keine Information zu statistischer Signifikanz.
Burke et al. (2014) (unklar)	74	Aktivitätslevel körperliche Aktivität	**IB**: Fragebogen und computergestützte persönliche Interviews (CAPI) **NIB**: k.A.	**IB + NIB**: An wie vielen Tagen haben Sie sich in den letzten 7 Tagen vor dem Interview sportlich betätigt? (Der Aktivitätslevel wurde gemäß International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) kategorisiert in: gering, moderat, hoch.)	**IB**: geringer Aktivitätslevel: 73,2%, moderater Aktivitätslevel: 24,3%, hoher Aktivitätslevel: 2,5% **NIB**: geringer Aktivitätslevel: 34% (k.A.), moderater Aktivitätslevel: 34% (k.A.), hoher Aktivitätslevel: 33% (k.A.)	**IB**: geringer Aktivitätslevel: 506/691 (73,2%), moderater Aktivitätslevel: 168/691 (24,3%), hoher Aktivitätslevel 17/691 (2,5%) **NIB**: geringer Aktivitätslevel: k.A. (34%), moderater Aktivitätslevel:	p=k.A.

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
						k.A. (34%), hoher Aktivitätslevel: k.A. (33%)	
McCarron et al. (2017b) (niedrig)	44	niedriges Bewegungs-niveau	**IB** + **NIB**: computergestütztes Interview	**IB + NIB**: Wie oft nehmen Sie an höherer, mittlerer oder leicht energischer körperlicher Aktivität teil? rekodiert in: leichte vs. mittlere/höhere Intensität	**IB**: 75,5% (71,6-79,3) **NIB**: 26,7% (22,7-30,7)	**IB**: 360/477 (75,5%) **NIB**: 126/472 (26,7%)	p<0,001
Haider et al. (2013) (hoch)	26	sitzendes Verhalten	**IB** + **NIB**: computer-gestütztes Telefoninterview (CATI)	**IB** + **NIB**: n.A.	**IB**: 31,1% (27,0-35,6) **NIB**: 5,3% (4,9-5,6)	**IB**: 279/897 (31,1%) **NIB**: 1.811/34.168 (5,3%)	statistisch signifikanter Unterschied zw. IB und NIB
Havercamp /Scott (2015) (niedrig)	27	körperliche Inaktivität	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: Telefonbefragung	**IB**: Fragebogen des National Core Indicators Consumer Survey (keine weitere Angabe): keine körperliche Aktivität im letzten Monat **NIB**: Daten aus dem Behavioral Risk Factor Surveillance System	**IB**: 45,1 (44,4-45,8) **NIB**: 10,0 (9,7-10,3)	**IB**: 9.198/20.395 (45,1%) **NIB**: 31.214/312.144 (10,0%)	p<0,05
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	körperliche Inaktivität	**IB** + **NIB**: computer-gestützte persönliche Interviews	**IB + NIB**: ist nicht länger als 10 min in den letzten 4 Wochen gegangen	**IB**: 25,3% (k.A.) **NIB**: 10,7% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 2,26, 95% KI 1,73-2,95, p<0,001, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.14.2 Ernährung

Drei Publikationen (jeweils eine mit niedrigem (Slevin et al. 2014), unklarem (Robertson et al. 2014) und hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013)) liefern Ergebnisse bezüglich unterschiedlicher Ernährungsoutcomes. Schülerinnen und Schüler mit IB konsumieren weniger häufig Obst und Gemüse als ihre gleichaltrigen Kollegen und Kolleginnen ohne IB. Bei Erwachsenen gibt es hingegen widersprüchliche Ergebnisse, diese deuten aber in der Tendenz darauf hin, dass Menschen mit IB weniger gesunde Ernährungsweisen aufweisen als Menschen ohne IB. Die Ergebnisse zu den Ernährungsoutcomes sind in Tabelle 72 detailliert dargestellt.

Kinder und Jugendliche

Eine Studie mit niedrigem Biasrisiko aus Nordirland (Slevin et al. 2014) beschäftigt sich mit 218 Schulkindern mit IB bis 19 Jahre und zeigt, dass diese statistisch signifikant weniger Obst und Gemüse konsumieren als ihre Alterskolleginnen und -kollegen ohne IB (mittlere Anzahl an Obst und Gemüse/Woche 18,6 vs. 24,4; $p \leq 0,05$). Bei allen weiteren abgefragten Ernährungsoutcomes (Milch und Milchprodukte, Brot und Getreide, Fett- und Zuckerhaltiges, Fleisch und Fisch, Take-away) nehmen Kinder mit und ohne IB ähnliche Mengen zu sich (Unterschiede nicht statistisch signifikant) (Slevin et al. 2014).

Erwachsene

Zwei Studien (eine mit unklarem (Robertson et al. 2014) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013)) beschäftigen sich mit dem Ernährungsverhalten von insgesamt 1.417 Erwachsenen mit IB und liefern inkonsistente Ergebnisse. Bei einer Studie mit 520 Erwachsenen mit selbstberichteten IB aus einer nationalen Zufallsstichprobe des Vereinigten Königreichs (unklares Biasrisiko) (Robertson et al. 2014) ist der Anteil jener, die an weniger als vier Tagen pro Woche Obst und Gemüse essen, statistisch signifikant höher als bei Personen ohne IB (Obstkonsum <4 Tage/Woche: 65,5% vs. 41,5%, OR adjustiert 2,03, 95% KI 1,58-2,60; Gemüsekonsum <4 Tage/Woche: 48,5% vs. 26,7%, OR adjustiert 2,19, 95% KI 1,73-2,78).

Eine australische Studie mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013) und einer Zufallsstichprobe von 897 Serviceempfängerinnen und -empfängern mit IB in Victoria zeigt allerdings,

dass der Anteil der Personen, die die empfohlene Menge an Obst und Gemüse zu sich nehmen, bei Menschen mit IB und ohne IB ähnlich hoch ist (Obst: 48,0% vs. 47,4%, p>0,05; Gemüse: 10,7% vs. 7,9%, p>0,05).

Erwachsene mit IB bevorzugen statistisch signifikant weniger oft Wasser als Getränk, wenn sie durstig sind, und häufiger Softdrinks als Erwachsene ohne IB (bevorzugt Wasser: 44,7% vs. 72,5%, p=k.A.; bevorzugt Softdrinks: 30,4% vs. 10,1%, p=k.A.) (Haider et al. 2013).

Erwachsene mit IB geben statistisch signifikant öfter an, normalerweise Vollmilch zu trinken (35,1% vs. 17,8%; OR adjustiert 1,5, 95% KI 1,16-1,93) und bevorzugt Weißbrot zu essen, als Erwachsene ohne IB (53,3% vs. 37,5%; OR adjustiert 1,50, 95% KI 1,19-1,90) (Robertson et al. 2014).

Tabelle 72: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie Ernährung

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Ernährungs-verhalten: Obst und Gemüse	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB + NIB**: Aus einer Liste an 36 Nahrungsmitteln: Wie oft isst du folgende Nahrungsmittel? Täglich, wöchentlich oder nie? Berechnung der mittleren Anzahl der Nahrungsmittel in einer Produktgruppe pro Woche.	mittlere Anzahl an Obst und Gemüse/Woche **IB**: MW 18,6 (14,84) **NIB**: MW 24,4 (19,21)	**IB** + **NIB**: n.a.	p≤0,05
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Ernährungs-verhalten: Milch und Milch-produkte	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB + NIB**: Aus einer Liste an 36 Nahrungsmitteln: Wie oft isst du folgende Nahrungsmittel? Täglich, wöchentlich oder nie? Berechnung der mittleren Anzahl der Nahrungsmittel in einer Produktgruppe pro Woche.	mittlere Anzahl an Milch und Milchprodukten/Woche **IB**: MW 17,4 (15,4) **NIB**: MW 20,0 (13,69)	**IB** + **NIB**: n.a.	kein statistisch signifikanter Unterschied
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Ernährungs-verhalten: Brot und Getreide	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB + NIB**: Aus einer Liste an 36 Nahrungsmitteln: Wie oft isst du folgende Nahrungsmittel? Täglich, wöchentlich oder nie? Berechnung der mittleren Anzahl der Nahrungsmittel in einer Produktgruppe pro Woche.	mittlere Anzahl an Brot und Getreide/Woche **IB**: MW 26,2 (15,33) **NIB**: MW 24,6 (12,13)	**IB** + **NIB**: n.a.	kein statistisch signifikanter Unterschied

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Kinder und Jugendliche							
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Ernährungs-verhalten: Fett- und Zucker-haltiges	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB + NIB**: Aus einer Liste an 36 Nahrungsmitteln: Wie oft isst du folgende Nahrungsmittel? Täglich, wöchentlich oder nie? Berechnung der mittleren Anzahl der Nahrungsmittel in einer Produktgruppe pro Woche	mittlere Anzahl an Fett- und Zuckerhaltigem/Woche **IB**: MW 37,6 (29,40) **NIB**: MW 37,1 (23,57)	**IB** + **NIB**: n.a.	kein statistisch signifikanter Unterschied
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Ernährungs-verhalten: Fleisch und Fisch	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB + NIB**: Aus einer Liste an 36 Nahrungsmitteln: Wie oft isst du folgende Nahrungsmittel? Täglich, wöchentlich oder nie? Berechnung der mittleren Anzahl der Nahrungsmittel in einer Produktgruppe pro Woche	mittlere Anzahl an Fleisch und Fisch/Woche **IB**: MW 10,4 (6,55) **NIB**: MW 10,4 (7,08)	**IB** + **NIB**: n.a.	kein statistisch signifikanter Unterschied
Slevin et al. (2014) (niedrig)	53	Ernährungs-verhalten: Take-away	**IB** + **NIB**: Fragebogen	**IB + NIB**: Aus einer Liste an 36 Nahrungsmitteln: Wie oft isst du folgende Nahrungsmittel? Täglich, wöchentlich oder nie? Berechnung der mittleren Anzahl der Nahrungsmittel in einer Produktgruppe pro Woche	mittlere Anzahl an Take-away/Woche **IB**: MW 3,9 (5,27) **NIB**: MW 4,1 (3,73)	**IB** + **NIB**: n.a.	kein statistisch signifikanter Unterschied

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Obst- und Gemüse-konsum	**IB** + **NIB**: computer-gestütztes Telefoninterview (CATI)	**IB**: Verzehr der empfohlenen Menge an Obst und Gemüse **NIB**: n.a.	**IB**: Obst: 48,0% (43,4-52,7) Gemüse: 10,7% (8,1-13,9) **NIB**: Obst: 47,4% (46,6-48,3) Gemüse: 7,9% (7,5-8,3)	**IB**: Obst: 431/897 (48,0%) Gemüse: 96/897 (10,7%) **NIB**: Obst: 16.196/34.168 (47,4%) Gemüse: 2.699/34.168 (7,9%)	Obst: kein stat. signifikanter Unterschied Gemüse: kein stat. signifikanter Unterschied
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Konsum Wasser/ Softdrink	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: k.A.	wenn durstig: **IB**: bevorzugt Wasser: 44,7% (40,1-49,4); bevorzugt Softdrinks: 30,4% (26,5-34,5) **NIB**: bevorzugt Wasser: 72,5% (71,0-73,9); bevorzugt Softdrinks: 10,1% (9,1-11,2)	**IB**: bevorzugt Wasser: 401/897 (44,7%); bevorzugt Softdrinks: 273/897 (30,4%) **NIB**: bevorzugt Wasser: 24.772/34.168 (72,5%) bevorzugt Softdrinks: 3.451/34.168 (10,1%)	bevorzugt Wasser: statistisch signifi-kanter Unterschied, p=k.A.; bevorzugt Softdrinks: statis-tisch signifikanter Unterschied, p=k.A.
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Obstkonsum	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews	**IB**: Obstkonsum an weniger als 4 Tagen die Woche **NIB**: k.A.	**IB**: 65,5% (k.A.) **NIB**: 41,5% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 2,03, 95% KI 1,58-2,60, p<0,001, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Gemüse-konsum	**IB** + **NIB**: computergestützte Telefoninterviews	**IB**: Gemüsekonsum weniger als 4 Mal pro Woche **NIB**: k.A.	**IB**: 48,5% (k.A.) **NIB**: 26,7% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 2,19, 95% KI 1,73-2,78, p<0,001, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI) bzw. Mittelwert (SD)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Milchkonsum	**IB** + **NIB**: computergestützte Telefoninterviews	**IB**: verwendet normalerweise Vollmilch **NIB**: k.A.	**IB**: 35,1% (k.A.) **NIB**: 17,8% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 1,50, 95% KI 1,16-1,93, p<0,01, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Weißbrot	**IB** + **NIB**: computergestützte Telefoninterviews	**IB**: Brotart, die normalerweise gegessen wird **NIB**: k.A.	isst normalerweise Weißbrot: **IB**: 53,3% (k.A.) **NIB**: 37,5% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 1,50, 95% KI 1,19-1,90, p<0,01, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert; SD=Standardabweichung

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.14.3 Alkoholkonsum

Fünf Publikationen, davon zwei mit niedrigem (Cooper et al. 2015; McCarron et al. 2017b), zwei mit unklarem (Burke et al. 2014; Robertson et al. 2014) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), berichten über den Konsum von Alkohol. Ältere Erwachsene mit IB (40 Jahre oder älter) scheinen weniger Alkohol zu konsumieren als ältere Erwachsene ohne IB. Bei Erwachsenen ab 18 bzw. 19 Jahren ist die Studienlage hingegen widersprüchlich, möglicherweise aufgrund der unterschiedlichen Outcomes: Bei Menschen mit IB fällt sowohl der Anteil mit„problematischem“ Alkoholkonsum (d. h. Alkoholmissbrauch und täglicher Alkoholkonsum) als auch der Anteil der alkoholabstinenten Personen höher aus als bei Menschen ohne IB. Die Ergebnisse zu Alkoholkonsum sind in Tabelle 73 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Die irische Studie IDS-TILDA (Wave 1, niedriges Biasrisiko) (McCarron et al. 2017b) zeigt bei 478 Menschen mit IB ab 50 Jahren, die aus einer Zufallsstichprobe einer nationalen Datenbank von Serviceberechtigten mit IB gezogen wurden, dass Personen mit IB deutlich und statistisch signifikant weniger oft drei- oder viermal pro Woche Alkohol konsumierten als Personen ohne IB (IB: 2,5% vs. NIB: 22,4%; p<0,001). Im Bericht zur zweiten Welle dieser irischen Studie (unklares Biasrisiko) (Burke et al. 2014) mit 708 Personen mit IB über 40 Jahren werden diese Ergebnisse bestätigt (Alkoholkonsum an 3 oder mehr Tagen/Woche: IB 1,6% vs. NIB 5,9%; p=k.A.).

Gegenteilige Ergebnisse liefert eine schottische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Cooper et al. 2015) bei 8.104 in Hausarztpraxen betreuten Patientinnen und Patienten mit IB ab 18 Jahren. Die Prävalenz von Alkoholmissbrauch war bei Personen mit IB statistisch signifikant höher als bei Personen ohne IB (IB: 3,8% vs. NIB: 3,0%; OR 1,18, 95% KI 1,05-1,33). Ähnliche Ergebnisse liefert auch eine Studie aus dem Vereinigten Königreich (unklares Biasrisiko) (Robertson et al. 2014) mit 520 Menschen mit IB (Selbstbericht) im Alter von 16 bis 49 Jahren aus einer nationalen Zufallsstichprobe. In dieser Untersuchung konsumierten mehr Menschen mit als ohne IB täglich Alkohol (IB: 9,4% vs. NIB: 4,7%; OR adjustiert 2,01, 95% KI 1,29-3,13).

Im Gegensatz dazu zeigt eine weitere Studie (hohes Biasrisiko) (Haider et al. 2013) mit 897 Erwachsenen mit IB im Alter ab 19 Jahren aus einer Zufallsstichprobe von Serviceempfängerinnen und -empfängern mit IB in Victoria, dass der Anteil der Alkoholabstinenten bei

Menschen mit IB statistisch signifikant höher ist als bei Menschen ohne IB (IB: 65,8% vs. NIB: 18,0%; p=k.A.).

Tabelle 73: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie Alkohol

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Burke (2017) (unklar)	74	Alkohol-konsum	**IB**: Fragebogen und computergestütztes persönliches Interview **NIB**: k.A.	**IB**: definiert als Alkoholkonsum an 3 oder mehr Wochentagen **NIB**: k.A.	Alkoholkonsum an 3 oder mehr Wochentagen **IB**: 1,6% (k.A.) **NIB**: 5,9% (k.A.)	**IB**: 11/k.A. (1,6%) **NIB**: k.A. (5,9%)	p=k.A.
Cooper et al. (2015) (niedrig)	7	Alkohol-missbrauch	**IB** + **NIB**: Daten aus Patientenakten (Hausarztpraxen)	**IB** + **NIB**: Definition für Alkkoholmissbrauch k.A.	Alkoholmissbrauch **IB**: 3,8% (k.A.) **NIB**: 3,0% (k.A.)	**IB**: 304/8.014 (3,8%) **NIB**: 42.060/1.416.364 (3,0%)	OR 1,18, 95% KI 1,05–1,33; p<0,001
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Alkohol-konsum	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefon-interviews (CATI)	**IB** + **NIB**: k.A.	**IB**: abstinent: 65,8% (61,3-70,0) geringes Risiko für Langzeitschäden: 32,2% (28,1-36,6) hohes Risiko für Langzeitschäden: n/a (unreliable RSE) (3,7-3,3) **NIB**: abstinent: 18,0% (17,4-19,3) geringes Risiko für Langzeitschäden: 77,5% (76,8-78,2) hohes Risiko für Langzeitschäden: 4% (k.A.)	**IB**: abstinent: 590/897 (65,8%) geringes Risiko für Langzeitschäden: 289/897 (32,2%) hohes Risiko für Langzeitschäden: n/a **NIB**: abstinent: 6.150/34.168 (18,0%) geringes Risiko für Langzeitschäden: 26.480/34.168 (77,5%) hohes Risiko für Langzeitschäden: 1.367/34.168 (4%)	abstinent: statistisch signifikanter Unterschied; p=k.A. geringes Risiko für Langzeitschäden: statistisch signifikanter Unterschied; p=k.A. hohes Risiko für Langzeitschäden: n.a.

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Alkohol-konsum	**IB** + **NIB**: computergestütztes persönliches Interview	**IB**: typische Anzahl von Tagen, an denen der Informant/die Informatin trinkt **NIB**: k.A.	Alkoholkonsum täglich **IB**: 9,4% (k.A.) **NIB**: 4,7% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 2,01, 95% KI 1,29-3,13; p<0,01, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage
Ältere Erwachsene							
McCarron et al. (2017b) (niedrig)	44	Alkohol-konsum	**IB** + **NIB**: computergestütztes Interview	**IB** + **NIB**: Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten alkoholische Getränke wie Bier, Cider, Wein, Spirituosen oder Cocktails getrunken? 3- oder 4-mal oder öfter in einer Woche Alkohol getrunken / weniger als 3- oder 4-mal in einer Woche Alkohol getrunken	Alkoholkonsum ≥ 3- oder 4-mal pro Woche **IB**: 2,5% (1,1-3,9) **NIB**: 22,4% (18,6-26,3)	**IB**: 12/450 (2,5%) **NIB**: 101/478 (22,4%)	p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

5.14.4 Rauchen

Fünf Publikationen, davon zwei mit niedrigem (Havercamp/Scott 2015; McCarron et al. 2017b), zwei mit unklarem (McCarron et al. 2011; Robertson et al. 2014) und eine mit hohem Biasrisiko (Haider et al. 2013), berichten über den Outcome Rauchen. Menschen mit IB scheinen generell und speziell, wenn sie über 40 oder 50 Jahre alt sind, weniger zu rauchen als Menschen ohne IB, allerdings gibt es auch eine Studie, die abweichende Ergebnisse liefert. Die Ergebnisse zum Outcome Rauchen sind in Tabelle 74 detailliert dargestellt.

Erwachsene

Eine US-amerikanische Studie mit niedrigem Biasrisiko (Havercamp/Scott 2015) zeigt anhand einer nationalen Zufallsstichprobe (n=20.395) von allen Erwachsenen (ab 18-Jährigen), die Dienstleistungen für Menschen mit IB in Anspruch nehmen, eine statistisch signifikant niedrigere Prävalenz an Rauchern und Raucherinnen als bei Personen ohne IB (IB: 7,0% vs. NIB: 15,2%; p<0,05). Drei weitere Studien (Haider et al. 2013; McCarron et al. 2011; McCarron et al. 2017b) liefern ähnliche Ergebnisse.

Eine Studie aus dem Vereinigten Königreich mit unklarem Biasrisiko (Robertson et al. 2014), die Daten der „Understanding Society"-Studie analysiert, basierend auf einer nationalen Zufallsstichprobe von 520 16- bis 49-Jährigen mit IB (Selbstbericht), kommt hingegen zu anderen Ergebnissen. Der Anteil an aktiven Raucherinnen und Rauchern liegt in dieser Studie bei Menschen mit IB doppelt so hoch als in der Vergleichsgruppe ohne IB (IB: 55,7% vs. NIB: 26,2%, adj. OR 2,03, 95% KI 1,59-2,58) und auch der Anteil jener Personen, die jemals geraucht haben, ist bei Menschen mit IB höher als bei Personen ohne IB (IB: 76,2% vs. NIB: 56,0%, adj. OR 1,90, 95% KI 1,44-2,51).

Die Unterschiede in den Ergebnissen könnten mit der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichproben in puncto Schweregrade von IB zusammenhängen, da Personen mit milder IB häufig nicht in Kontakt mit Serviceeinrichtungen stehen und daher eventuell weniger häufig in Datenbanken von Serviceempfängerinnen und -empfängern mit IB aufscheinen. Auch das Alter der Personen könnte eine Rolle spielen, da bei der Studie, in der Menschen mit IB häufiger aktiv und jemals geraucht haben als Menschen ohne IB, nur Erwachsene bis ins mittlere Alter (von 16 bis 49 Jahren) und keine älteren Personen in der Stichprobe berücksichtigt sind. Das Altersspektrum der Studien, die gegenteilige Ergebnisse liefern, ist hingegen viel breiter. Zwei Studien berücksichtigen ausschließlich Personen in einem Alter ab 40 bzw. 50 Jahren.

Tabelle 74: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie Rauchen

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Erwachsene							
Haider et al. (2013) (hoch)	26	Rauchen	**IB** + **NIB**: computer-gestützte Telefoninterviews (CATI)	**IB** + **NIB**: Eine Person, die täglich oder gelegentlich rauchte, wurde als aktueller Raucher/aktuelle Raucherin eingestuft.	derzeitig aktiver Raucher/aktive Raucherin **IB**: 5,7% (4,1-8,0) **NIB**: 19,1% (18,4-19,9)	**IB**: 51/897 (5,7%) **NIB**: 6.526/34.168 (19,1%)	statistisch signifikanter Unterschied; p=k.A.
Havercamp /Scott (2015) (niedrig)	27	Rauchen	**IB**: persönliche Interviews **NIB**: Telefonbefragung	**IB**: Fragebogen des National Core Indicators Consumer Survey (keine weitere Angabe) **NIB**: Daten aus dem Behavioral Risk Factor Surveillance System	Raucher/Raucherin **IB**: 7,0% (6,6-7,4) **NIB**: 15,2% (14,9-15,5)	**IB**: 1.428/20.395 (7,0%) **NIB**: 47.446/312.144 (15,2%)	p<0,05
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Rauchen (aktuell)	**IB** + **NIB**: computergestützte Telefoninterviews	**IB**: k.A. **NIB**: k.A.	derzeitig aktiver Raucher/aktive Raucherin **IB**: 55,7% (k.A.) **NIB**: 26,2% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 2,03, 95% KI 1,59-2,58, p<0,001, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage
Robertson et al. (2014) (unklar)	49	Rauchen (jemals)	**IB** + **NIB**: computergestützte Telefoninterviews	**IB**: k.A. **NIB**: k.A.	jemals geraucht **IB**: 76,2% (k.A.) **NIB**: 56,0% (k.A.)	**IB** + **NIB**: k.A.	OR 1,90, 95% KI 1,44-2,51, p<0,001, adjustiert für Alter, Geschlecht und materielle Notlage

Studie	Nr.	Outcome	Messmethode	Messinstrument	Prävalenz % (95% KI)	Prävalenz n/N (%)	Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen
Ältere Erwachsene							
McCarron et al. (2011) (unklar)	79	Rauchen	**IB** + **NIB**: PRE-Interview Questionnaire (PIQ); computergestützte persönliche Interviews (CAPI)	**IB** + **NIB**: Rauchen Sie derzeit? Ja/Nein	derzeitig aktiver Raucher/aktive Raucherin **IB**: 8,1% (k.A.) **NIB**: 19% (k.A.)	**IB**: k.A. (8,1%) **NIB**: k.A. (19%)	p=k.A.
McCarron et al. (2017b) (niedrig)	44	aktives Rauchen	**IB** + **NIB**: computergestütztes Telefoninterview	**IB** + **NIB**: Rauchen Sie derzeit? Ja/Nein	derzeitig aktiver Raucher/aktive Raucherin **IB**: 10,0% (7,3-12,7) **NIB**: 18,2% (14,7-21,7)	**IB**: 48/478 (10,0%) **NIB**: 87/478 (18,2%)	p<0,001
McCarron et al. (2017b) (niedrig)	44	Rauchen (jemals)	**IB** + **NIB**: computergestütztes Telefoninterview	**IB** + **NIB**: Haben Sie über einen Zeitraum von mindestens 1 Jahr täglich Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder eine Pfeife geraucht? Ja/Nein	jemals regelmäßig geraucht **IB**: 19,0% (15,5-22,6) **NIB**: 54,4% (49,9-58,9)	**IB**: 91/478 (19,0%) **NIB**: 260/478 (54,4%)	p<0,001

IB=Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen; k.A.=keine Angabe; KI=Konfidenzintervall; n.a.=nicht anwendbar; NIB=Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen; OR=Odds Ratio; p=P-Wert

Quelle: s. Spalte Referenz; Darstellung: GÖG und DUK

6 Stärken und Limitationen

Stärken

Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit hat mehrere Stärken:

1. Sie beruht auf einer umfassenden Suche in mehreren elektronischen Datenbanken. Darüber hinaus wurde die Datenbanksuche mit zusätzlichen Suchmethoden, d. h. Durchsuchen der Referenzlisten aller eingeschlossenen Publikationen sowie relevanter systematischer oder narrativer Reviews, Websuche in Google und Google Scholar zur Identifikation von grauer Literatur und Kontaktaufnahme mit Autoren und Autorinnen, um zusätzliche Daten zu Prävalenzen zu erhalten, ergänzt.
2. Die systematische Übersichtsarbeit folgte einem strengen, methodisch fundierten Prozess zur Beantwortung der Fragestellungen, angelehnt an die Vorgaben zur Durchführung von Cochrane Reviews (Higgins et al. 2019).
3. Die vorliegende Literaturübersicht ist die erste, die in einem umfassenden Sinne Gesundheitsunterschiede von Menschen mit IB im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beleuchtet, und sie ergänzt damit bisherige Arbeiten (Haveman et al. 2010; Krahn et al. 2006; Krahn/Fox 2014). Die thematische Breite spannt einen Bogen von der Lebenserwartung bis hin zu individuellen Determinanten der Gesundheit und ermöglicht eine umfassende Gesamtzusammenschau.
4. In der vorliegenden Übersichtsarbeit wurden ausschließlich vergleichende Studien eingeschlossen, d. h. Studien, die Ergebnisse zum Gesundheitszustand und zu individuellen Determinanten der Gesundheit von Menschen mit IB mit Daten der NIB-Bevölkerung bzw. der Allgemeinbevölkerung vergleichen.

Limitationen

Bei der Bewertung der Ergebnisse sind allerdings auch einige Limitationen zu berücksichtigen:

1. Eine Schwäche der Übersichtsarbeit ist, dass die Ergebnisse nicht unter Berücksichtigung von Geschlechts- und Altersunterschieden aufbereitet wurden.
2. Ebenfalls problematisch könnte sein, dass die Suche auf Studien aus den Jahren 2008 bis März 2020 eingeschränkt wurde, um die Menge der Literatur bewältigbar

zu halten und möglichst aktuelle Ergebnisse zu erhalten. Ältere Studien werden damit nicht erfasst.

3. Eine weitere Einschränkung war die Sprache; es wurden nur Publikationen in englischer und deutscher Sprache eingeschlossen. Allerdings ist auch für anderssprachige Publikationen in der Regel ein englischsprachiges Abstract verfügbar. Keine der ausgeschlossenen Arbeiten wurde aufgrund der Sprache ausgeschlossen, daher ist durch diese Einschränkung nicht mit Verzerrungen in den Ergebnissen zu rechnen.
4. Aufgrund des breiten Themenbereichs war es nicht möglich, eine Suchstrategie zu erstellen, die einerseits alle Themenbereiche abdeckt und andererseits eine Trefferanzahl liefert, die vertretbar ist. Daher ist es möglich, dass zu bestimmten Themenbereichen (wie z. B. zum Thema Lebensqualität) nicht alle in den Datenbanken verfügbaren Studien gefunden wurden. Obwohl die Suchstrategie umfassend war und durch weitere Suchen ergänzt wurde, kann dennoch nicht garantiert werden, dass jede Studie zur vergleichenden Prävalenz bezüglich des Gesundheitszustandes und in puncto individueller Determinanten der Gesundheit in dieser Population gefunden wurde.
5. Manche Datenquellen wurden in mehreren Publikationen verwendet (s. Kapitel 4.2). Die Publikationen beziehen sich aber nur teilweise auf dieselben Outcomes. Ein „overlap of studies“ wurde nicht berechnet.
6. In den eingeschlossenen Studien werden auch Selbstanagaben zum Gesundheitszustand (z. B. zum Vorliegen von Erkrankungen) berichtet. Selbstanagaben zum Gesundheitsstatus sind zwar eine gängige Methode, um den Gesundheitszustand von Menschen einzuschätzen, allerdings auch biasanfällig. Abhängig vom Grad der IB bleibt daher offen, wie akkurat diese Selbsteinschätzungen sind.
7. Die Übersichtarbeit konzentriert sich ausschließlich auf den Gesundheitszustand von Menschen mit IB und auf individuelle Determinanten der Gesundheit (körperliche Faktoren, Gesundheitsverhalten). Kein Fokus wurde auf verhältnisbezogene Determinanten der Gesundheit und auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gelegt. Wie ein Workshop mit Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern gezeigt hat, sind dies aber wichtige Themenbereiche, die zukünftig ebenfalls in den Blick genommen werden sollten.

7 Zusammenfassung und erste Schlussfolgerungen

Die Zusammenfassung ist nach den Fragestellungen gegliedert, die jeweils fett hervorgehoben sind.

Wie lässt sich der Gesundheitszustand von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (IB) im Vergleich zur nicht intellektuell beeinträchtigten Bevölkerung bzw. zur Allgemeinbevölkerung charakterisieren?

Die systematische Literaturübersicht zeichnet ein insgesamt sehr deutliches Bild (s. Tabelle 75): Menschen mit IB haben eine kürzere Lebenserwartung, sind insgesamt stärker von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen betroffen und versterben häufiger an potenziell vermeidbaren Todesursachen, die entweder durch präventive Maßnahmen oder durch eine hochwertige medizinische Versorgung vermieden werden könnten. Die durch Behandlung vermeidbaren Todesfälle spielen dabei eine größere Rolle als die präventiv vermeidbaren Sterbefälle, wobei Menschen mit IB von beidem häufiger betroffen sind.

In puncto Erkrankungen weisen Menschen mit IB im Vergleich zur Bevölkerung ohne IB je nach Art der Erkrankung eine höhere, ähnliche oder geringere Betroffenheit auf. Ähnlich prävalent oder sogar von geringerer Bedeutung sind bei Menschen mit IB – vergleicht man sie mit der Allgemeinbevölkerung – Allergien, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthrose und Arthritis, Osteoporose und Rückenschmerzen), COPD, Hypercholesterinämie, koronare Herzkrankheiten, Vorhofflimmern, pAVK, Krebserkrankungen, Krankheiten des Auges (z. B. Grüner und Grauer Star), Krankheiten des Urogenitalsystems (z. B. chronische Nierenerkrankungen) und Infektionserkrankungen (z. B. virale Hepatitis und HIV).

Häufiger betroffen sind Menschen mit IB von Asthma, Diabetes, Herzinsuffizienz, Krankheiten des Nervensystems (darunter Epilepsie), Krankheiten der Schilddrüse und von psychischen Erkrankungen (z. B. Depressionen, Angststörungen, Psychosen, Schizophrenie, Verhaltens- und emotionale Störungen, Demenz). Menschen mit IB verfügen zudem über eine schlechtere Zahngesundheit, stürzen und verletzen sich häufiger und sind im Alltag häufiger gesundheitsbedingt eingeschränkt (z. B. beim Hören, Sehen oder in ihrer Mobilität). Zusam-

mengenommen spiegeln sich diese Unterschiede auch in der selbsteingeschätzten Gesundheit wider, die von Menschen mit IB schlechter eingestuft wird, sowohl in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand als auch in Bezug auf die psychische, emotionale und mentale Gesundheit.

Menschen mit IB versterben häufiger an fast allen Erkrankungen, auch wenn sie von ihnen ähnlich häufig oder seltener betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung, wie z. B. im Falle der ischämischen/koronaren Herzkrankheit. Lediglich an Krebserkrankungen sterben Menschen mit IB ähnlich häufig oder seltener als die Allgemeinbevölkerung.

Aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse sind keine Aussagen zur Betroffenheit von Migräne und Kopfschmerzen, zur Schlaganfall-Inzidenz und -Prävalenz sowie zur Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen möglich. Darüber hinaus gibt es einige Themenbereiche (z. B. Krankheiten des Verdauungssystems, Hautkrankheiten, bestimmte psychische Erkrankungen, Vergiftungen oder Lebensqualität), zu denen – im Zuge der Literatursuche – jeweils nur eine Studie gefunden werden konnte. Bei diesen Ergebnissen ist demnach Vorsicht geboten.

Wie prävalent sind körperliche und verhaltensbezogene Gesundheitsdeterminanten (Ernährung, Alkohol, Rauchen, körperliche Aktivität, Gesundheitskompetenz, Adipositas und Übergewicht) unter Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Vergleich zur nicht intellektuell beeinträchtigten Bevölkerung bzw. zur Allgemeinbevölkerung?

In puncto Risikofaktoren zeigt sich, dass Menschen mit IB sich weniger bewegen und häufiger adipös sind. Sie sind jedoch seltener übergewichtig, rauchen seltener und leiden seltener an Bluthochdruck (s. Tabelle 75).

Auch bei den individuellen Determinanten der Gesundheit (körperliche Faktoren, Gesundheitsverhalten) gibt es widersprüchliche Ergebnisse, die keine gesicherten Aussagen zulassen. Dies gilt in Sachen Ernährung, Alkoholkonsum und Untergewicht.

Tabelle 75: Zusammenfassende Darstellung zu den Ergebnissen der Übersichtsarbeit

Outcome	**Vergleichsergebnis** Menschen mit vs. ohne IB	**Anzahl Publikationen**	**Biasrisiko**		
			niedrig	**unklar**	**hoch**
Lebenserwartung	↓	5	4	1	-
Selbsteingeschätzte Gesundheit					
Allgemeiner Gesundheitszustand	(↓) 10 von 13	13	7	2	4
Psychischer/emotionaler /mentaler Gesundheitszustand	↓	3	-	2	1
Körperliche und psychische Erkrankungen (insgesamt)	↑	2	2	-	-
Körperliche Erkrankungen (insgesamt)	widersprüchliche Ergebnisse	3	2	1	-
Allergien	↓	2	-	2	-
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems					
Arthritis und Arthrose	ähnlich oder ↓	7	3	3	1
Osteoporose	(ähnlich)	6	1	4	1
Rückenschmerzen	↓	2	-	2	-
Migräne/ Kopfschmerzen	widersprüchliche Ergebnisse	4	1	3	-
Atemwegserkrankungen					
(Chronische) Lungenerkrankungen insgesamt	ähnlich oder ↓	2	-	2	-
Asthma	(↑) 5 von 9	9	5	3	1
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	ähnlich oder ↓	3	3	-	-
Andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege	(↑) 2 von 3	3	2	1	-

Outcome	**Vergleichsergebnis** Menschen mit vs. ohne IB	**Anzahl Publikationen**	**Biasrisiko**		
			niedrig	**unklar**	**hoch**
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten					
Diabetes	(↑) 11 von 17	17	9	6	2
Hypercholesterinämie	↓	3	1	2	-
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt)	widersprüchliche Ergebnisse	5	1	3	1
Koronare Herzkrankheiten	ähnlich oder ↓	7	5	2	-
Schlaganfall	widersprüchliche Ergebnisse	8	4	3	1
Vorhofflimmern	ähnlich oder ↓	3	3	-	-
Herzinsuffizienz	(↑) 4 von 5	5	4	1	-
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	(ähnlich oder ↓) 2 von 3	3	2	1	
Krebs	ähnlich oder ↓	11	6	4	1
Krankheiten des Auges					
Glaukom (Grüner Star)	ähnlich oder ↓	2	1	1	-
Katarakt (Grauer Star)	(ähnlich oder ↓) 2 von 3	3	1	2	-
Makuladegeneration	(↑)	1	-	1	-
Krankheiten des Nervensystems					
Epilepsie	↑	5	5	-	-
Morbus Parkinson	↑	1	1	-	-
Multiple Sklerose (MS)	↓	1	1	-	-
Chronisch entzündliche Hautkrankheiten (Psoriasis und Ekzeme)	↑	1	1	-	-
Krankheiten der Schilddrüse	(↑) 5 von 6	6	4	2	-

Outcome	**Vergleichsergebnis** Menschen mit vs. ohne IB	**Anzahl Publikationen**	**Biasrisiko**		
			niedrig	**unklar**	**hoch**
Krankheiten des Urogenitalsystems					
Chronische Nierenerkrankung	(ähnlich) 3 von 4	4	3	1	-
Prostataerkrankungen	↓	1	1	-	-
Krankheiten des Verdauungssystems					
Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Reizdarmsyndrom, Lebererkrankungen	ähnlich	1	1	-	-
Magengeschwür	↓	1	1	-	-
Divertikulose (Ausstülpungen in der Darmwand)	↓	1	1	-	-
Dyspepsie (Oberbauchbeschwerden)	↑	1	1	-	-
Psychische Erkrankungen (insgesamt)	↑	4	4	-	-
Affektive Störungen					
Depressionen	(↑) 5 von 6	6	3	2	1
Affektive Störungen exkl. Depression	↑	1	1	-	-
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen					
Angststörungen	(↑) 4 von 5	5	4	1	-
Schizophrenie und wahnhafte Störungen					
Schizophrenie	↑	2	2	-	-
Auditive Halluzinationen	↑	1	1	-	-
Verfolgungsgedanken	ähnlich	1	1	-	-

Outcome	**Vergleichsergebnis** Menschen mit vs. ohne IB	**Anzahl Publikationen**	**Biasrisiko**		
			niedrig	**unklar**	**hoch**
Psychosen	↑	2	2	-	-
Verhaltens- und emotionale Störungen	↑	3	3	-	-
Essstörungen	ähnlich	1	1	-	-
Demenz	(↑) 2 von 3	3	3	-	-
Schmerzen	(ähnlich)	2	2	-	-
Unfälle/Verletzungen					
Stürze	(↑)	3	-	3	-
Verletzungen	↑	4	2	2	-
Vergiftung	↑	1	1	-	-
Zahnlosigkeit und Zahnprobleme	↑	3	2	1	-
Infektionserkrankungen (virale Hepatitis und HIV)	ähnlich	2	2	-	-
Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag					
Aktivitäten des täglichen Lebens (Selbstversorgung/Selbstpflege)	↑	4	3	1	-
Hören	↑	4	3	-	1
Sehen	(↑) 3 von 4	4	3	-	1
Sprechen	↑	1	1	-	-
Mobilität	↑	4	3	-	1
Inkontinenz	↑	4	1	3	-
Lebensqualität	(↑)	1	1	-	-
Sterblichkeit					
Gesamtsterblichkeit	↑	13	10	3	-
Potenziell vermeidbare Sterblichkeit	↑	2	2	-	-

Outcome	Vergleichsergebnis Menschen mit vs. ohne IB	Anzahl Publikationen	Biasrisiko		
			niedrig	unklar	hoch
Ursachenspezifische Mortalität					
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	↑	6	5	1	-
Atemwegserkrankungen	(↑) 8 von 9	9	7	2	-
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	(↑) 5 von 6	6	6	-	-
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	(↑) 6 von 9	9	7	2	-
Krebs	(ähnlich oder ↓) 8 von 10	10	7	2	1
Krankheiten des Nervensystems (darunter auch Epilepsie)	↑	8	6	2	-
Krankheiten des Urogenitalsystems	↑	5	4	1	-
Krankheiten des Verdauungssystems	(↑) 4 von 6	6	4	2	-
Psychische und Verhaltensstörungen (darunter auch Demenz)	(↑) 5 von 8	8	6	2	-
Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	(↑) 3 von 4	4	4	-	-
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	widersprüchliche Ergebnisse	3	3	-	-
Äußere Ursachen	(↑) 3 von 7	7	5	2	-
Körperliche Faktoren					
Gewichtsstatus: Adipositas	↑	19	11	6	2

Outcome	Vergleichsergebnis Menschen mit vs. ohne IB	Anzahl Publikationen	Biasrisiko		
			niedrig	unklar	hoch
Gewichtsstatus: Übergewicht	ähnlich oder ↓	6	3	2	1
Gewichtstatus: Untergewicht	widersprüchliche Ergebnisse	3	1	1	1
Metabolisches Syndrom	ähnlich	1	1	-	-
Bluthochdruck	(↓) 9 von 13	13	8	5	-
Gesundheits- und Risikoverhalten					
Körperliche Aktivität	↓	8	4	2	2
Ernährung: Obst- und Gemüsekonsum, Wasserkonsum	widersprüchliche Ergebnisse	3	1	1	1
Alkoholkonsum	widersprüchliche Ergebnisse	5	2	2	1
Rauchen	(↓) 4 von 5	5	2	2	1

↓ weniger/seltener, ↑ häufiger/mehr; () mehrheitlich

Quelle und Darstellung: GÖG

Welche relevanten Versorgungsaspekte werden in der Literatur diskutiert?

Die Frage nach den relevanten Versorgungsaspekten, die in der internationalen wissenschaftlichen Litertur in Bezug auf Menchen mit IB diskutiert werden (KQ3, s. Kapitel 2.1), konnte leider im Rahmen dieser Übersichtsarbeit nicht weiterverfolgt werden. Aufgrund der zahlreichen Einschlüsse zu den Fragestellungen 1 und 2 und der begrenzten Projektmittel musste leider eine Priorisierung in Bezug auf die Fragestellungen vorgenommen werden. Es wäre jedoch wünschenswert, wenn auch die Frage nach der Versorgung in einer Folgestudie aufgearbeitet werden würde. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde bereits ein Suchstrategie entwickelt und eine erste Suche durchgeführt, auf die zurückgegriffen werden könnte.

Schlussfolgerungen

Der Umstand, dass Menschen mit IB seltener oder ähnlich häufig von bestimmten Erkrankungen, aber stärker von anderen Erkrankungen betroffen sind, braucht eine **weiterführende Einschätzung durch Expertinnen und Experten**. Manche dieser Unterschiede lassen sich vermutlich mit Unterschieden in der Lebenssituation (z. B. Arbeitssituation) und im Lebensstil (z. B. Rauchen) erklären (z. B. bei Rückenschmerzen oder COPD) oder durch die geringere Lebenserwartung (aufgrund einer nicht adäquaten medizinischen Versorgung sowie aufgrund fehlender Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote und -initiativen für Menshen mit IB), die vor allem altersassoziierte Erkrankungen seltener auftreten lässt (wie z. B. bestimmte Augenerkrankungen). Andere Unterschiede sind vielleicht durch genetische Faktoren bedingt und erklärbar. Wichtig ist, dass bei dieser Diskussion auch die **Selbstvertretung von Menchen mit IB eingebunden** ist.

Um die Situation in Österreich besser einschätzen zu können, braucht es **verlässliche Datengrundlagen in Österreich**, die ein gezieltes Gesundheitsmonitoring in Bezug auf Menschen mit IB ermöglichen.

Darüber hinaus sind **systematische Initiativen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung** (z. B. in betreuten Wohneinrichtungen, Werkstätten und durch die Vereine, die Menschen mit IB und ihre Angehörigen begleiten und unterstützen) und **Verbesserungen in der Betreuung und der medizinischen Versorgung** von Menschen mit IB (z. B. einen barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung, speziell geschultes Gesundheitspersonal und Rahmenbedingungen, die auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit IB Rücksicht nehmen) notwendig, um die Gesundheit von Menschen mit IB nachhaltig zu verbessern. Menschen mit IB sollten daher auch **in anderen Strategien und Prozessen** systematisch mitgedacht und berücksichtigt werden (z. B. im Krebsrahmenprogramm, in der Zielsteuerung-Gesundheit, in den Gesundheitszielen Österreich, etc.).

Im Hinblick auf die **Gesundheitskompetenz** ist eine **stärkere Informationspolitik** gegenüber Menschen mit IB, aber auch gegenüber ihren Angehörigen und den Gesundheitsberufen erforderlich. Letztere können durch eine **adäquate und partizipative Gesprächsführung** wesentlich zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit IB, ihren An- und Zugehörigen und ihrer Betreuungspersonen beitragen.

Die vorgelegte Übersichtsarbeit sollte zudem durch **Folgestudien** ergänzt werden, die sich mit relevanten Aspekten der Gesundheitsversorgung und auf verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten (z. B. Selbstbestimmung, Inklusion, Wohnsituation, etc.) beschäftigen.

Anhang A: Detaillierte Suchstrategie

Tabelle 76: Medline-Suche (über Ovid), durchgeführt am 16. März 2020

#	Searches	Results
1	Mentally Disabled Persons/	3566
2	exp Intellectual Disability/	94905
3	((mental* or intellectual* or developmental*) adj (disabled or disabilit* or retardation* or subnormalit* or dysfunction* or insufficienc* or delay* or impairment* or impaired or handicap* or deficienc* or insufficien*)).ti,ab.	68049
4	or/1-3	135781
5	health status/ or health status disparities/	94062
6	Health Status Indicators/	23232
7	(health adj2 (difference* or status or determinant* or disparit* or characteristics or general)).ti,ab.	113982
8	Healthcare Disparities/	16052
9	Health Behavior/	48953
10	Health Literacy/	5339
11	Sedentary Behavior/	8862
12	Healthy Diet/	3355
13	Smoking/ep [Epidemiology]	33888
14	Alcohol Drinking/ep [Epidemiology]	16784
15	exp Overweight/ep [Epidemiology]	42581
16	exp Exercise/sn [Statistics & Numerical Data]	1720
17	health literacy.ti,ab.	7533
18	((health or lifestyle or life style) adj (behavio* or factors)).ti,ab.	38130
19	(health? adj (lifestyle? or life style? or ag?ing)).ti,ab.	15044
20	(dietary adj (pattern* or behavio*)).ti,ab.	10752
21	((smoking or movement) adj behavio*).ti,ab.	8457
22	(alcohol adj2 (consum* or drink*)).ti,ab.	56004
23	((physical activity or exercise) adj2 (behavio* or participat* or pattern*)).ti,ab.	12908
24	(sedentary adj (behavio* or time)).ti,ab.	7213
25	exp *Intellectual Disability/mo [Mortality]	269
26	*Life Expectancy/	7183
27	(mortality or life expectancy).ti.	124834
28	or/5-27	558591
29	4 and 28	2738
30	comparative study/	1856096
31	exp "Surveys and Questionnaires"/	1008939
32	Cross-Sectional Studies/	320985
33	exp Cohort Studies/	1967825
34	incidence/ or prevalence/	516993
35	Medical Record Linkage/	4586
36	statistics numerical data.fs.	910530
37	trends.fs.	378782
38	cross sectional.ti,ab,kf.	341813

#	Searches	Results
39	(cohort? or longitudinal* or panel).ti,ab,kf.	909177
40	(survey? or questionnaire? or interview*).ti,ab,kf.	1227779
41	((record or data) adj linkage).ti,ab,kf.	4998
42	(prevalence or incidence).ti,ab,kf.	1280274
43	(trend? or rate?).ti,ab,kf.	3068080
44	or/30-43	8428515
45	29 and 44	2115
46	limit 45 to yr="2008 -Current"	1342
47	(english or german).lg.	26990602
48	46 and 47	1301

Tabelle 77: Suche in APA PsycInfo (über Ebsco), durchgeführt am 17. März 2020

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S1	MM "Cognitive Impairment" OR MM "Intellectual Development Disorder"	Search modes - Boolean/Phrase	52702
S2	(TI ((mental* OR intellectual* OR developmental*) W0 (disabled OR disabilit* OR retardation* OR subnormalit* OR dysfunction* OR insufficienc* OR delay* OR impairment* OR impaired OR handicap* OR deficienc* OR insufficien*))) OR (AB ((mental* OR intellectual* OR developmental*) W0 (disabled OR disabilit* OR retardation* OR subnormalit* OR dysfunction* OR insufficienc* OR delay* OR impairment* OR impaired OR handicap* OR deficienc* OR insufficien*)))	Search modes - Boolean/Phrase	49924
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	86868
S4	(DE "Health Status") OR (DE "Health Disparities")	Search modes - Boolean/Phrase	27515
S5	(DE "Health Behavior") OR (DE "Health Behavior Measures")	Search modes - Boolean/Phrase	37904
S6	DE "Health Literacy"	Search modes - Boolean/Phrase	3276
S7	DE "Sedentary Behavior" OR MM "Physical Activity"	Search modes - Boolean/Phrase	16561
S8	DE "Eating Behavior"	Search modes - Boolean/Phrase	12742
S9	DE "Tobacco Smoking"	Search modes - Boolean/Phrase	30664
S10	DE "Alcohol Drinking Patterns"	Search modes - Boolean/Phrase	22491
S11	DE "Overweight" OR DE "Obesity"	Search modes - Boolean/Phrase	30765
S12	DE "Mortality Rate"	Search modes - Boolean/Phrase	7107
S13	DE "Life Expectancy"	Search modes - Boolean/Phrase	3914
S14	TI ((health N1 (difference* OR status OR determinant* OR disparit* OR characteristics OR general))) OR AB ((health N1 (difference* OR status OR determinant* OR disparit* OR characteristics OR general)))	Search modes - Boolean/Phrase	42353

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S15	TI health literacy OR AB health literacy	Search modes - Boolean/Phrase	3764
S16	TI ((health OR lifestyle OR life style) W0 (behavio* OR factors)) OR AB ((health OR lifestyle OR life style) W0 (behavio* OR factors))	Search modes - Boolean/Phrase	19220
S17	TI (health# W0 (lifestyle# OR life style# OR ag#ing)) OR AB (health# W0 (lifestyle# OR life style# OR ag#ing))	Search modes - Boolean/Phrase	5991
S18	TI (dietary W0 (pattern* OR behavio*)) OR AB (dietary W0 (pattern* OR behavio*))	Search modes - Boolean/Phrase	1983
S19	TI ((smoking OR movement) W0 behavio*) OR AB ((smoking OR movement) W0 behavio*)	Search modes - Boolean/Phrase	5441
S20	TI (alcohol N1 (consum* OR drink*)) OR AB (alcohol N1 (consum* OR drink*))	Search modes - Boolean/Phrase	25816
S21	TI ((physical activity OR exercise) N1 (behavio* OR participat* OR pattern*)) OR AB ((physical activity OR exercise) N1 (behavio* OR participat* OR pattern*))	Search modes - Boolean/Phrase	7617
S22	TI (sedentary W0 (behavio* OR time)) OR AB (sedentary W0 (behavio* OR time))	Search modes - Boolean/Phrase	2454
S23	TI (mortality OR life expectancy)	Search modes - Boolean/Phrase	8242
S24	TI (general population N4 (compar* OR differ*)) OR AB (general population N4 (compar* OR differ*))	Search modes - Boolean/Phrase	5460
S25	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	Search modes - Boolean/Phrase	233519
S26	S3 AND S25	Search modes - Boolean/Phrase	3447
S27	((DE "Surveys") AND (DE "Mail Surveys" OR DE "Online Surveys" OR DE "Telephone Surveys")) OR (DE "Questionnaires" OR DE "General Health Questionnaire")	Search modes - Boolean/Phrase	19361
S28	(ZC "interview") or (ZC "longitudinal study")	Search modes - Boolean/Phrase	396262
S29	DE "Cohort Analysis"	Search modes - Boolean/Phrase	1385
S30	DE "Demographic Characteristics"	Search modes - Boolean/Phrase	33055
S31	DE "Medical Records" OR DE "Electronic Health Records"	Search modes - Boolean/Phrase	5938
S32	(TI cross sectional) OR (AB cross sectional) OR (KW cross sectional)	Search modes - Boolean/Phrase	75803
S33	(TI (cohort# OR longitudinal* OR panel OR register OR registry)) OR (AB (cohort# OR longitudinal* OR panel OR register OR registry)) OR (KW (cohort# OR longitudinal* OR panel OR register OR registry))	Search modes - Boolean/Phrase	216113
S34	(TI (survey# OR questionnaire# OR interview*)) OR (AB (survey# OR questionnaire# OR interview*)) OR (KW (survey# OR questionnaire# OR interview*))	Search modes - Boolean/Phrase	750476
S35	(TI((record OR data) W0 linkage)) OR (AB((record OR data) W0 linkage)) OR (KW((record OR data) W0 linkage))	Search modes - Boolean/Phrase	813
S36	(TI (prevalence OR incidence)) OR (KW (prevalence OR incidence)) OR (AB (prevalence OR incidence))	Search modes - Boolean/Phrase	158852
S37	(TI (trend# OR rate#)) OR (AB (trend# OR rate#)) OR (KW (trend# OR rate#))	Search modes - Boolean/Phrase	461237
S38	S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37	Expanders - Apply equivalent subjects	1463177
S39	S26 AND S38	Expanders - Apply equivalent subjects	2136

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S40	S39	Limiters - Published Date: 20080101-20201231	1592
S41	S40	Limiters - Language: English, German	1572

Tabelle 78: Suche Social Science Citation Index (Web of Science), durchgeführt am 19. März 2020

Set	Results	Search
# 1		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	22174	TS=(((mental* OR intellectual* OR developmental*) NEAR/0 (disabled OR disabilit* OR retard* OR subnormal* OR dysfunction* OR insufficien* OR delay* OR impairment* OR impaired OR handicap* OR deficien*)))
# 2		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	54934	TS=(health NEAR/1 (difference* OR status OR determinant* OR disparit* OR characteristics OR general OR parameter* OR inequalit*))
# 3		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	6936	TS=("health literacy")
# 4		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	22431	TS=((health OR lifestyle OR "life style") NEAR/0 (behavio* OR factors))
# 5		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	7968	TS=(health$ NEAR/0 (lifestyle$ OR "life style$" OR ag$ing))
# 6		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	95560	TI=(smoking OR alcohol OR sedentary OR obesity OR overweight OR "physical activity" OR mortality OR "life expectancy")
# 7		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	172418	#6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2
# 8		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	1347	#7 AND #1
# 9		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	799291	TS=("cross sectional*" OR cohort$ OR longitudinal* OR panel OR register OR registry OR survey$ OR questionnaire$ OR interview*)
# 10		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	1802	TS=((record OR data) NEAR/0 linkage)
# 11		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	179757	TS=(prevalence OR incidence)
# 12		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	395088	TS=(trend$ OR rate$)
# 13		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	1091350	#12 OR #11 OR #10 OR #9

Set	Results	Search
# 14		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	919	#13 AND #8
# 15		Indexes=SSCI Timespan=2008-2020
	911	(#14) AND LANGUAGE: (English OR German)
# 16		Refined by: WEB OF SCIENCE CATEGORIES: (REHABILITATION OR PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH OR HEALTH POLICY SERVICES OR PRIMARY HEALTH CARE OR PEDIATRICS OR HEALTH CARE SCIENCES SERVICES OR MEDICINE GENERAL INTERNAL OR SPORT SCIENCES OR SUBSTANCE ABUSE OR GERIATRICS GERONTOLOGY OR GERONTOLOGY OR BEHAVIORAL SCIENCES OR NUTRITION DIETETICS)
	706	(#14) AND LANGUAGE: (English OR German)

Anhang B: Liste der inkludierten Studien

Arvio, M. / Salokivi, T. / Bjelogrlic-Laakso, N. (2017): Age at Death in Individuals with Intellectual Disabilities. In: J Appl Res Intellect Disabil 30/4:782-785.

Axmon, Anna / Ahlström, Gerd / Höglund, Peter (2017): Prevalence and treatment of diabetes mellitus and hypertension among older adults with intellectual disability in comparison with the general population. In: BMC geriatrics 17/1:272-272.

Balogh, R. S. / Lake, J. K. / Lin, E. / Wilton, A. / Lunsky, Y. (2015): Disparities in diabetes prevalence and preventable hospitalizations in people with intellectual and developmental disability: a population-based study. In: Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association 32/2:235-242.

Bhaumik, S. / Watson, J. M. / Thorp, C. F. / Tyrer, F. / McGrother, C. W. (2008): Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population-based prevalence study. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 52/Pt 4:287-298.

Boland, Mairin C. / Daly, Leslie / Staines, Anthony (2009): Self-rated health and quality of life in adults attending regional disability services in Ireland. In: Disability and Health Journal 2/2:95-103.

Boulet, Sheree L. / Boyle, Coleen A. / Schieve, Laura A. (2009): Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children, 1997-2005. In: Archives of pediatrics & adolescent medicine 163/1:19-26.

Bourke, J. / Nembhard, W. N. / Wong, K. / Leonard, H. (2017): Twenty-Five Year Survival of Children with Intellectual Disability in Western Australia. In: Journal of Pediatrics 188/:232-239.e232.

Brehmer, Barbara / Zeilinger, Elisabeth / Weber, Germain (2008): Gesundheit von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung - Bericht zum POMONA Projekt. In: Psychologie in Österreich 5/:488-493.

Burke, Eilish / McCallion, P. / McCarron, M. (2014): Advancing Years, Different Challenges: Wave 2 IDS-TILDA. Findings on the ageing of people with an Intellectual Disability.

Carey, I. M. / Shah, S. M. / Hosking, F. J. / DeWilde, S. / Harris, T. / Beighton, C. / Cook, D. G. (2016): Health characteristics and consultation patterns of people with intellectual disability: a cross-sectional database study in English general practice. In: British Journal of General Practice 66/645:E264-E270.

Cocks, Errol / Thomson, Allyson / Thoresen, Stian / Parsons, Richard / Rosenwax, Lorna (2016): Health status and use of medications by adults with intellectual disability in Western Australia. In: Journal of Intellectual and Developmental Disability 41/2:87-96.

Cooper, Sally-Ann / Hughes-McCormack, Laura / Greenlaw, Nicola / McConnachie, Alex / Allan, Linda / Baltzer, Marion / McArthur, Laura / Henderson, Angela / Melville, Craig / McSkimming, Paula / Morrison, Jill (2018): Management and prevalence of long-term conditions in primary health care for adults with intellectual disabilities compared with the general population: A population-based cohort study. In: Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID 31 Suppl 1/:68-81.

Cooper, Sally-Ann / McLean, Gary / Guthrie, Bruce / McConnachie, Alex / Mercer, Stewart / Sullivan, Frank / Morrison, Jill (2015): Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. In: BMC family practice 16/:110.

de Winter, C. F. / Bastiaanse, L. P. / Hilgenkamp, T. I. / Evenhuis, H. M. / Echteld, M. A. (2012a): Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. In: Res Dev Disabil 33/6:1722-1731.

de Winter, C. F. / Bastiaanse, L. P. / Hilgenkamp, T. I. M. / Evenhuis, H. M. / Echteld, M. A. (2012b): Overweight and obesity in older people with intellectual disability. In: Research in Developmental Disabilities 33/2:398-405.

de Winter, C. F. / Bastiaanse, L. P. / Kranendonk, S. E. / Hilgenkamp, T. I. M. / Evenhuis, H. M. / Echteld, M. A. (2013): Peripheral arterial disease in older people with intellectual disability in The Netherlands using the ankle-brachial index: results of the HA-ID study. In: Research in Developmental Disabilities 34/5:1663-1668.

de Winter, C. F. / Echteld, M. A. / Evenhuis, H. M. (2014): Chronic kidney disease in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. In: Res Dev Disabil 35/3:726-732.

de Winter, C. F. / van den Berge, A. P. / Schoufour, J. D. / Oppewal, A. / Evenhuis, H. M. (2016): A 3-year follow-up study on cardiovascular disease and mortality in older people with intellectual disabilities. In: Research in Developmental Disabilities 53-54/:115-126.

Dieckmann, F. / Giovis, C. / Offergeld, J. (2015): The Life Expectancy of People with Intellectual Disabilities in Germany. In: J Appl Res Intellect Disabil 28/5:373-382.

Dixon-Ibarra, A. / Horner-Johnson, W. (2014): Disability Status as an Antecedent to Chronic Conditions: National Health Interview Survey, 2006-2012. In: Preventing chronic disease 11/.

Emerson, E. / Einfeld, S. / Stancliffe, R. J. (2010): The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 45/5:579-587.

Emerson, E. / Robertson, J. (2010): Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. In: Int J Pediatr Obes 5/4:320-326.

Emerson, Eric / Glover, Gyles / Hatton, Chris / Wolstenholme, John (2014a): Trends in age-standardised mortality rates and life expectancy of people with learning disabilities in Sheffield over a 33-year period. In: Tizard Learning Disability Review 19/:90-95.

Emerson, Eric / Hatton, Chris / Baines, Susannah / Robertson, Janet (2016a): The physical health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. In: International journal for equity in health 15/:11.

Emerson, Eric / Robertson, Janet / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2014b): The self-rated health of British adults with intellectual disability. In: Research in Developmental Disabilities 35/3:591-596.

Emerson, Eric / Robertson, Janet / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2016b): Obesity in British children with and without intellectual disability: cohort study. In: BMC public health 16/:644.

Finlayson, J. / Morrison, J. / Jackson, A. / Mantry, D. / Cooper, S. A. (2010): Injuries, falls and accidents among adults with intellectual disabilities. Prospective cohort study. In: J Intellect Disabil Res 54/11:966-980.

Finlayson, Janet / Jackson, Alison / Cooper, Sally-Ann / Morrison, Jillian / Melville, Craig / Smiley, Elita / Allan, Linda / Mantry, Dipali (2009): Understanding Predictors of Low Physical Activity in Adults with Intellectual Disabilities. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 22/3:236-247.

Florio, T. / Trollor, J. (2015): Mortality among a Cohort of Persons with an Intellectual Disability in New South Wales, Australia. In: J Appl Res Intellect Disabil 28/5:383-393.

Flygare Wallen, E. / Ljunggren, G. / Carlsson, A. C. / Pettersson, D. / Wandell, P. (2018): High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder. In: Journal of Intellectual Disability Research 62/4:269-280.

García-Domínguez, L. / Navas, P. / Verdugo, MÁ / Arias, V. B. (2020): Chronic Health Conditions in Aging Individuals with Intellectual Disabilities. In: International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource] 17/9.

Glover, G. / Williams, R. / Heslop, P. / Oyinlola, J. / Grey, J. (2017): Mortality in people with intellectual disabilities in England. In: J Intellect Disabil Res 61/1:62-74.

Haider, Syed Imran / Ansari, Zahid / Vaughan, Loretta / Matters, Helen / Emerson, Eric (2013): Health and wellbeing of Victorian adults with intellectual disability compared to the general Victorian population. In: Research in Developmental Disabilities 34/11:4034-4042.

Hassiotis, A. / Noor, M. / Bebbington, P. / Afia, A. / Wieland, J. / Qassem, T. (2017): Borderline intellectual functioning and psychosis: Adult Psychiatric Morbidity Survey evidence. In: Br J Psychiatry 211/1:50-51.

Havercamp, Susan M. / Scott, Haleigh M. (2015): National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. In: Disability and Health Journal 8/2:165-172.

Hempel, E. / Limberger, K. / Moller, M. / Heinrich-Weltzien, R. (2015): [Oral health status of students with and without disabilities in Erfurt, Germany]. In: Mundgesundheit von Erfurter Schüler/innen mit und ohne Behinderungen 77/4:263-268.

Hermans, H. / Beekman, A. T. / Evenhuis, H. M. (2014): Comparison of anxiety as reported by older people with intellectual disabilities and by older people with normal intelligence. In: American Journal of Geriatric Psychiatry 22/12:1391-1398.

Heslop, Pauline / Blair, Peter S. / Fleming, Peter / Hoghton, Matthew / Marriott, Anna / Russ, Lesley (2014): The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. In: Lancet (London, England) 383/9920:889-895.

Hosking, F. J. / Carey, I. M. / Shah, S. M. / Harris, T. / DeWilde, S. / Beighton, C. / Cook, D. G. (2016): Mortality Among Adults With Intellectual Disability in England: Comparisons With the General Population. In: Am J Public Health 106/8:1483-1490.

Hughes-McCormack, Laura A. / Rydzewska, Ewelina / Henderson, Angela / MacIntyre, Cecilia / Rintoul, Julie / Cooper, Sally-Ann (2017): Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population. In: BJPsych open 3/5:243-248.

Hughes-McCormack, Laura Anne / Rydzewska, Ewelina / Henderson, Angela / MacIntyre, Cecilia / Rintoul, Julie / Cooper, Sally-Ann (2018): Prevalence and general health status of people with intellectual disabilities in Scotland: a total population study. In: Journal of Epidemiology and Community Health 72/1:78-85.

Jansen, J. / Rozeboom, W. / Penning, C. / Evenhuis, H. M. (2013): Prevalence and incidence of myocardial infarction and cerebrovascular accident in ageing persons with intellectual disability. In: Journal of Intellectual Disability Research 57/7:681-685.

Kiani, R. / Tyrer, Freya / Shaikh, A. / Satgé, D. (2010): Cancer deaths in people with moderate to profound intellectual disabilities: The Leicestershire experience 1993-2006. In: Int J Child Health Hum Dev 3/:215-221.

Kinnear, D. / Allan, L. / Morrison, J. / Finlayson, J. / Sherriff, A. / Macpherson, L. / Henderson, A. / Ward, L. / Muir, M. / Cooper, S. A. (2019a): Prevalence of factors associated with edentulousness (no natural teeth) in adults with intellectual disabilities. In: Journal of Intellectual Disability Research.

Kinnear, D. / Rydzewska, E. / Dunn, K. / Hughes-McCormack, L. A. / Melville, C. / Henderson, A. / Cooper, S. A. (2019b): Relative influence of intellectual disabilities and autism on mental and general health in Scotland: a cross-sectional study of a whole country of 5.3 million children and adults. In: BMJ open 9/8:e029040.

Landes, Scott D. (2014): Redefining the problem: Socioeconomic predictors of mortality for adults with intellectual disability. Doctor of Philosophy. Dissertation. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, US: University of Florida.

Landes, Scott D. (2017a): The Association between Education and Mortality for Adults with Intellectual Disability. In: Journal of health and social behavior 58/1:70-85.

Landes, Scott D. (2017b): The Intellectual Disability Mortality Disadvantage: Diminishing With Age? In: American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities 122/2:192-207.

Lunsky, Yona / Durbin, Anna / Brown, Hilary K. / Bansal, Symron / Heifetz, Marina / Antoniou, Tony (2017): Health profiles and associated service use among adults with HIV and intellectual and developmental disabilities. In: AIDS (London, England) 31/5:697-705.

Mac Giolla Phadraig, Caoimhin / McCallion, Philip / Cleary, Eimear / McGlinchey, Eimear / Burke, Eilish / McCarron, Mary / Nunn, June (2015): Total tooth loss and complete denture

use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. In: Journal of public health dentistry 75/2:101-108.

Magana, Sandra / Parish, Susan / Morales, Miguel A. / Li, Henan / Fujiura, Glenn (2016): Racial and Ethnic Health Disparities Among People With Intellectual and Developmental Disabilities. In: Intellectual and Developmental Disabilities 54/3:161-172.

McCarron, M. / Haigh, M. / McCallion, P. (2017): Health, Wellbeing and Social Inclusion: Ageing with an Intellectual Disability in Ireland. Dublin, Ireland: School of Nursing and Midwifery, The University of Dublin, Trinity College.

McCarron, M. / Swinburne, J. / Burke, E. / McGlinchey, E. / Mulryan, N. / Andrews, V. / Foran, S. / McCallion, P. (2011): Growing Older with an Intellectual Disability in Ireland 2011: First Results from The Intellectual Disability Supplement of The Irish Longitudinal Study on Ageing. Dublin: School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin.

McCarron, Mary / Carroll, Rachael / Kelly, Caraiosa / McCallion, Philip (2015): Mortality Rates in the General Irish Population Compared to those with an Intellectual Disability from 2003 to 2012. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 28/5:406-413.

McCarron, Mary / Cleary, Eimear / McCallion, Philip (2017): Health and Health-Care Utilization of the Older Population of Ireland: Comparing the Intellectual Disability Population and the General Population. In: Research on Aging 39/6:693-718.

Melville, C. A. / Cooper, S.-A. / Morrison, J. / Allan, L. / Smiley, E. / Williamson, A. (2008): The Prevalence and Determinants of Obesity in Adults with Intellectual Disabilities. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 21/5:425-437.

Mithen, J. / Aitken, Z. / Ziersch, A. / Kavanagh, A. M. (2015): Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. In: Social Science & Medicine 126/:26-35.

Morin, Diane / Merineau-Cote, Julie / Ouellette-Kuntz, Helene / Tasse, Marc J. / Kerr, Michael (2012): A comparison of the prevalence of chronic disease among people with and without intellectual disability. In: American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities 117/6:455-463.

Ng, N. / Flygare Wallen, E. / Ahlstrom, G. (2017): Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: a Swedish national retrospective cohort study. In: BMC Geriatr 17/1:269.

Oppewal, A. / Schoufour, J. D. / van der Maarl, H. J. K. / Evenhuis, H. M. / Hilgenkamp, T. I. M. / Festen, D. A. (2018): Causes of Mortality in Older People With Intellectual Disability: Results From the HA-ID Study. In: American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities 123/1:61-71.

Robertson, Janet / Emerson, Eric / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2014): Obesity and health behaviours of British adults with self-reported intellectual impairments: cross sectional survey. In: BMC public health 14/:219.

Robertson, Janet / Emerson, Eric / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2018a): Self-Reported Participation in Sport/Exercise Among Adolescents and Young Adults With and Without Mild to Moderate Intellectual Disability. In: Journal of Physical Activity & Health 15/4:247-254.

Robertson, Janet / Emerson, Eric / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2018b): Self-reported smoking, alcohol and drug use among adolescents and young adults with and without mild to moderate intellectual disability. In: Journal of intellectual & developmental disability:1-11.

Sandberg, Magnus / Ahlstrom, Gerd / Kristensson, Jimmie (2017): Patterns of Somatic Diagnoses in Older People with Intellectual Disability: A Swedish Eleven Year Case-Control Study of Inpatient Data. In: Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID 30/1:157-171.

Segal, M. / Eliasziw, M. / Phillips, S. / Bandini, L. / Curtin, C. / Kral, T. V. / Sherwood, N. E. / Sikich, L. / Stanish, H. / Must, A. (2016): Intellectual disability is associated with increased risk for obesity in a nationally representative sample of U.S. children. In: Disability & Health Journal 9/3:392-398.

Slevin, E. / Truesdale-Kennedy, M. / McConkey, R. / Livingstone, B. / Fleming, P. (2014): Obesity and overweight in intellectual and non-intellectually disabled children. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 58/3:211-220.

Stancliffe, Roger J. / Anderson, Lynda L. (2017): Factors associated with meeting physical activity guidelines by adults with intellectual and developmental disabilities. In: Research in Developmental Disabilities 62/:1-14.

Stancliffe, Roger J. / Lakin, K. Charlie / Larson, Sheryl / Engler, Joshua / Bershadsky, Julie / Taub, Sarah / Fortune, Jon / Ticha, Renata (2011): Overweight and obesity among adults with intellectual disabilities who use intellectual disability/developmental disability services in 20 U.S. States. In: American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities 116/6:401-418.

Stankiewicz, E. / Ouellette-Kuntz, H. / McIsaac, M. / Shooshtari, S. / Balogh, R. (2018): Patterns of mortality among adults with intellectual and developmental disabilities in Ontario. In: Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique 109/5-6:866-872.

Stedman, K. V. / Leland, L. S. (2010): Obesity and intellectual disability in New Zealand. In: J Intellect Dev Disabil 35/2:112-115.

Trollor, Julian / Srasuebkul, Preeyaporn / Xu, Han / Howlett, Sophie (2017): Cause of death and potentially avoidable deaths in Australian adults with intellectual disability using retrospective linked data. In: BMJ open 7/2:e013489.

Tyrer, F. / McGrother, C. (2009): Cause-specific mortality and death certificate reporting in adults with moderate to profound intellectual disability. In: J Intellect Disabil Res 53/11:898-904.

Young-Southward, G. / Rydzewska, E. / Philo, C. / Cooper, S. A. (2017): Physical and mental health of young people with and without intellectual disabilities: cross-sectional analysis of a whole country population. In: Journal of intellectual disability research : JIDR 61/10:984-993.

Anhang C: Liste der ausgeschlossenen Studien mit Ausschlussgrund

X1 Unpassendes Studiendesign (5)

Heslop, Pauline / Glover, Gyles (2015): Mortality of People with Intellectual Disabilities in England: A Comparison of Data from Existing Sources. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 28/:414-422.

Rimmer, J. H. / Yamaki, K. / Lowry, B. M. Davis / Wang, E. / Vogel, L. C. (2010): Obesity and obesity-related secondary conditions in adolescents with intellectual/developmental disabilities. In: Journal of Intellectual Disability Research 54/9:787-794.

Rimmer, James H. / Yamaki, Kiyoshi / Davis, Brienne M. / Wang, Edward / Vogel, Lawrence C. (2011): Obesity and overweight prevalence among adolescents with disabilities. In: Preventing chronic disease 8/2:A41.

Shanmugam, Muthukali / Shivakumar, Vetrivel / Anitha, Vijayarangan / Meenapriya, Bagavathi Perumal / Aishwarya, Srinivasan / Anitha, Ramakrishnan (2014): Behavioral Pattern during Dental Pain in Intellectually Disabled Children: A Comparative Study. In: International scholarly research notices 2014/.

Wallace, Robyn A. / Schluter, Philip (2008): Audit of cardiovascular disease risk factors among supported adults with intellectual disability attending an ageing clinic. In: Journal of intellectual & developmental disability 33/1:48-58.

X2 Unpassender Dokumenttyp (27)

Chan, R. (2013): Health Behaviours in People with Intellectual Disability and Co-Occurring Type 2 Diabetes. In: Internal medicine journal 43/:17-17.

Cocks, E. / Thomson, A. / Thoresen, S. H. (2013): WASHID: A survey identifying health inequalities of adults with intellectual disabilities in Western Australia. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 10/2:114-114.

Durvasula, S. / Arnold, S. (2016): Health-related quality of life and health status of people with intellectual disabilities attending a specialised health service. In: Journal of Intellectual Disability Research 60/7-8:660-660.

Emerson, E. / Savage, A. (2016): Overweight and obesity among children at risk of intellectual disabilities in 20 low and middle income countries. In: Journal of Intellectual Disability Research 60/7-8:662-662.

Garcia, L. / Navas, P. / Verdugo, M. A. / Esteban, L. / Aza, A. / Aguayo, V. (2019): Physical health status of aging adults with intellectual disability: prevalence of chronic health conditions. In: Journal of Intellectual Disability Research 63/7:809-810.

Hsieh, K. / Rimmer, J. (2012): Prevalence of obesity and its risk factors among adults with intellectual disabilities. In: Journal of Intellectual Disability Research 56/7-8:660-660.

Hughes-McCormack, L. / Rydzewska, E. / Henderson, A. / MacIntyre, C. / Rintoul, J. / Cooper, S. A. (2018): Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole country population of 26,349 people with intellectual disabilities, compared with the general population. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31/4:556-557.

Hussain, R. / Janicki, M. / Wark, S. / Parmenter, T. / Knox, M. (2019): Comparison of chronic disease prevalence in older Australians with and without intellectual disability. In: Journal of Intellectual Disability Research:643-644.

Hussain, R. / Wark, S. / Janicki, M. / Parmenter, T. / Knox, M. (2018): Is mental health status affected by chronic diseases in older people with intellectual disability? In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31/4:553-553.

Kinnear, D. / Morrison, J. / Allan, L. / Henderson, A. / Macpherson, L. / Sherriff, A. (2018): Poor oral health in adults with intellectual disabilities and its determinants. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31/4:529-529.

Lantman-De Valk, Hmjv / Van Knijff-Raven, A. G. M. / Maaskant, M. A. (2009): Overweight in persons with intellectual disabilities. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 6/2:126-126.

Navas, P. / Garcia, L. / Verdugo, M. A. / Gomez, L. / Arias, V. (2018): Health status and health disparities experienced by individuals with intellectual disability who are aging. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31/4:550-550.

Ouellette-Kuntz, H. / Shooshtari, S. / Balogh, R. / Martens, P. (2015): Understanding Information About Mortality Among People with Intellectual and Developmental Disabilities in Canada. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 28/5:423-435.

Perkins, Elizabeth A. / Moran, Julie A. (2010): Aging adults with intellectual disabilities. In: JAMA 304/1:91-92.

Quintero, M (2011): Substance abuse in people with intellectual disabilities. In: Social Work Today 11/4:26.

Robertson, J. / Emerson, E. / Baines, S. / Hatton, C. (2014): Obesity and health behaviours of British adults with self-reported intellectual impairments. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 27/4:305-306.

Robinson, L. M. / Davidson, P. W. / Henderson, C. M. / Janicki, M. P. (2009): Ascertaining Health-Related Information on Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Data Collection and Results Using the Rochester Health Status Survey. In: Gerontologist 49/:187-187.

Ryan, J. (2018): Overweight & obesity and, interrelated chronic health conditions in older adults with an Intellectual Disability: results from Wave 2 IDS-TILDA. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31/4:552-553.

Satgé, Daniel / Merrick-Kenig, Efrat / Kandel, Isack / Morad, Mohammed / Merrick, Joav (2012): Cancer mortality in residential care centres for persons with intellectual disability in Israel 1991-2005. In: Child health and human development yearbook, 2010. Merrick, Joav (Hrsg.). Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books257-264.

Sheerin, F. / McCallion, P. / Mulryan, N. / McCann, E. / Carroll, R. / McCarron, M. (2019): Is depressive symptomology affected by physical activity and vitality in a cohort of older Irish adults with intellectual disability? In: Journal of Intellectual Disability Research 63/7:646-646.

Shooshtari, S. / Martens, P. J. (2009): Comparing health and healthcare utilization patterns between persons with and without intellectual disabilities in Manitoba (Canada). In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 6/2:148-148.

Smith, G. / Henderson, A. / Kinnear, D. / Fleming, M. / Pell, J. / Stanley, B. / Greenlaw, N. / Cooper, S. A. (2019): Comparing mortality of children and young people with and without intellectual disabilities in Scotland's annual pupil census: a record linkage study. In: Journal of Intellectual Disability Research 63/7:799-799.

Srikanth, R. / Kwek, J. / Sriram, B. / Henderson, S. (2016): Mental health and behavioural problems in children and adolescents with Down syndrome and intellectual disabilities attending special schools in Singapore: A cross sectional survey. In: Journal of Intellectual Disability Research 60/7-8:810-810.

Taggart, L. / Murphy, J. / McBride, O. / McConkey, R. / Hanna-Trainor, L. / Shevlin, M. / Heslop, P. / Glover, G. (2019): Mortality of people with a self-reported intellectual disability in Northern Ireland: a data linkage study 2011-2015. In: Journal of Intellectual Disability Research 63/7:858-858.

Wallén, Eva Flygare / Müllersdorf, Maria / Christensson, Kyllike / Malm, Gunilla / Ekblom, Örjan / Marcus, Claude (2012): 'High prevalence of cardio-metabolic risk factors among adolescents with intellectual disability': Erratum. In: Acta Paediatrica 101/2:218-218.

Walsh, P. N. / Linehan, C. / Kerr, M. P. / Perry, J. (2008): Age-Related Health Status among Adults with Intellectual Disabilities: Findings from a European Survey. In: Gerontologist 48/:657-657.

Wicki, M. T. (2019): Health status and use of health services of people with intellectual disability in Switzerland. In: Journal of Intellectual Disability Research 63/7:801-802.

X3 Unpassende Population (46)

Armour, Brian S. / Swanson, Mark / Waldman, H. Barry / Perlman, Steven P. (2008): A profile of state-level differences in the oral health of people with and without disabilities, in the U.S., in 2004. In: Public health reports (Washington, DC: 1974) 123/1:67-75.

Axmon, A. / Bjorne, P. / Nylander, L. / Ahlstrom, G. (2018): Psychiatric diagnoses in older people with intellectual disability in comparison with the general population: a register study. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences 27/5:479-491.

Axmon, A. / Sandberg, M. / Ahlstrom, G. (2017): Gender differences in psychiatric diagnoses in older people with intellectual disability: a register study. In: BMC Psychiatry 17/1:192.

Bennett, Kevin J. / McDermott, Suzanne / Mann, Joshua R. / Hardin, James (2017): Receipt of recommended services among patients with selected disabling conditions and diabetes. In: Disability and Health Journal 10/1:58-64.

Brown, Hilary K. / Cobigo, Virginie / Lunsky, Yona / Vigod, Simone (2017): Postpartum acute care utilization among women with intellectual and developmental disabilities. In: Journal of Women's Health 26/4:329-337.

Brown, Hilary K. / Lunsky, Yona / Wilton, Andrew S. / Cobigo, Virginie / Vigod, Simone N. (2016): Pregnancy in Women With Intellectual and Developmental Disabilities. In: Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC 38/1:9-16.

Brown, Hilary K. / Ray, Joel G. / Liu, Ning / Lunsky, Yona / Vigod, Simone N. (2018): Rapid repeat pregnancy among women with intellectual and developmental disabilities: a population-based cohort study. In: CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 190/32:E949-E956.

Case, L. / Ross, S. / Yun, J. (2019): Physical activity guideline compliance among a national sample of children with various developmental disabilities. In: Disability & Health Journal:100881.

Cuesta-Vargas, A. / Hilgenkamp, T. (2015): Reference Values of Grip Strength Measured with a Jamar Dynamometer in 1526 Adults with Intellectual Disabilities and Compared to Adults without Intellectual Disability. In: PLoS ONE [Electronic Resource] 10/6:e0129585.

Darney, B. G. / Biel, F. M. / Quigley, B. P. / Caughey, A. B. / Horner-Johnson, W. (2017): Primary Cesarean Delivery Patterns among Women with Physical, Sensory, or Intellectual Disabilities. In: Womens Health Issues 27/3:336-344.

Davies, L. E. / Oliver, C. (2016): Self-injury, aggression and destruction in children with severe intellectual disability: Incidence, persistence and novel, predictive behavioural risk markers. In: Res Dev Disabil 49-50/:291-301.

De, Sukanya / Small, Jacqueline / Baur, Louise A. (2008): Overweight and obesity among children with developmental disabilities. In: Journal of intellectual & developmental disability 33/1:43-47.

Einarsson, Ingi or / Johannsson, Erlingur / Daly, Daniel / Arngrimsson, Sigurbjorn Arni (2016): Physical activity during school and after school among youth with and without intellectual disability. In: Research in Developmental Disabilities 56/:60-70.

Einarsson, Ingi Or / Olafsson, Agust / Hinriksdottir, Gunnhildur / Johannsson, Erlingur / Daly, Daniel / Arngrimsson, Sigurbjorn Arni (2015): Differences in physical activity among youth with and without intellectual disability. In: Medicine and science in sports and exercise 47/2:411-418.

Emerson, E. / Brigham, P. (2013): Health behaviours and mental health status of parents with intellectual disabilities: cross sectional study. In: Public Health 127/12:1111-1116.

Emerson, E. / Hatton, C. / Robertson, J. / Baines, S. (2016a): Exposure to second hand tobacco smoke at home and child smoking at age 11 among British children with and without intellectual disability. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 60/3:274-281.

Emerson, E. / Robertson, J. / Baines, S. / Hatton, C. (2016b): Predictors of self-reported alcohol use and attitudes toward alcohol among 11-year-old British children with and without intellectual disability. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 60/12:1212-1226.

Emerson, Eric / Hatton, Chris / Robertson, Janet / Baines, Susannah (2018): The association between non-standard employment, job insecurity and health among British adults with and without intellectual impairments: Cohort study. In: SSM - population health 4/:197-205.

Erickson, Steven R. / Spoutz, Patrick / Dorsch, Michael / Bleske, Barry (2016): Cardiovascular risk and treatment for adults with intellectual or developmental disabilities. In: International journal of cardiology 221/:371-375.

Ghanizadeh, Ahmad / Faghih, Maryam (2011): The impact of general medical condition on sleep in children with mental retardation. In: Sleep & breathing = Schlaf & Atmung 15/1:57-62.

Glover, Gyles / Ayub, Muhammad (2010): How People With Learning Disabilities Die. In: IHAL: Learning Disabilities Observatory.

Henderson, C. Michael / Acquilano, James P. / Meccarello, Jon C. / Davidson, Philip W. / Robinson, Laura M. / Janicki, Matthew P. (2009): Health status and activities of daily living and walking in older people with intellectual disabilities. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 6/4:282-286.

Henderson, C. Michael / Robinson, Laura M. / Davidson, Philip W. / Haveman, Meindert / Janicki, Matthew P. / Albertini, Giorgio (2008): Overweight status, obesity, and risk factors for coronary heart disease in adults with intellectual disability. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 5/3:174-177.

Heutmekers, Marloes / Naaldenberg, Jenneken / Verheggen, Sabine A. / Assendelft, Willem J. J. / van Schrojenstein Lantman-de Valk, Henny M. J. / Tobi, Hilde / Leusink, Geraline L. (2019): Health problems of people with intellectual disabilities in Dutch out-of-hours primary care. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 32/2:475-481.

Hoglund, Berit / Lindgren, Peter / Larsson, Margareta (2012): Pregnancy and birth outcomes of women with intellectual disability in Sweden: a national register study. In: Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica 91/12:1381-1387.

Hsieh, K. / Rimmer, J. H. / Heller, T. (2014): Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 58/9:851-863.

Jarrett, Traci / Pignataro, Rose M. (2013): Cigarette smoking among college students with disabilities: National College Health Assessment II, Fall 2008-Spring 2009. In: Disability and Health Journal 6/3:204-212.

Jonsson, U. / Alexanderson, K. / Kjeldgard, L. / Westerlund, H. / Mittendorfer-Rutz, E. (2013): Diagnosis-specific disability pension predicts suicidal behaviour and mortality in young adults: a nationwide prospective cohort study. In: BMJ open 3/2.

Lauer, Emily / McCallion, Philip (2015): Mortality of People with Intellectual and Developmental Disabilities from Select US State Disability Service Systems and Medical Claims Data. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 28/5:394-405.

Nettelbladt, P. / Goth, M. / Bogren, M. / Mattisson, C. (2009): Risk of mental disorders in subjects with intellectual disability in the Lundby cohort 1947-97. In: Nord J Psychiatry 63/4:316-321.

Ng, K. / Sainio, P. / Sit, C. (2019): Physical Activity of Adolescents with and without Disabilities from a Complete Enumeration Study (n=128,803): School Health Promotion Study 2017. In: International journal of environmental research and public health 16/17:13.

Pacoricona Alfaro, Dibia Liz / Ehlinger, Virginie / Spilka, Stanislas / Ross, Jim / Sentenac, Mariane / Godeau, Emmanuelle (2017): Alcohol, tobacco and cannabis use: Do students with mild-intellectual disability mimic students in the general population? In: Research in Developmental Disabilities 63/:118-131.

Phillips, Keydra L. / Schieve, Laura A. / Visser, Susanna / Boulet, Sheree / Sharma, Andrea J. / Kogan, Michael D. / Boyle, Coleen A. / Yeargin-Allsopp, Marshalyn (2014): Prevalence and impact of unhealthy weight in a national sample of US adolescents with autism and other learning and behavioral disabilities. In: Maternal and Child Health Journal 18/8:1964-1975.

Reichard, A. / Haile, E. / Morris, A. (2019): Characteristics of Medicare Beneficiaries With Intellectual or Developmental Disabilities. In: Intellectual & Developmental Disabilities 57/5:405-420.

Reichard, A. / Stolzle, H. / Fox, M. H. (2011): Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. In: Disability & Health Journal 4/2:59-67.

Reichard, Amanda / Stolzle, Hayley (2011): Diabetes among adults with cognitive limitations compared to individuals with no cognitive disabilities. In: Intellectual and Developmental Disabilities 49/3:141-154.

Reis, Olaf / Wetzel, Britta / Hasler, Frank (2017): Mild or borderline intellectual disability as a risk for alcohol consumption in adolescents - A matched-pair study. In: Research in Developmental Disabilities 63/:132-141.

Rimmer, James / Hsieh, Kelly (2011): Longitudinal health and intellectual disability study (LHIDS) on obesity and health risk behaviors. Proceedings of the Lifespan Health and Function of Adults with Intellectual Disabilities: Translating Research into Practice, State of the Science Conference, Citeseer.

Shavelle, R. M. / Sweeney, L. H. / Brooks, J. C. (2014): Comparative mortality of persons with intellectual disability in California: an update (2000-2010). In: Journal of Insurance Medicine (Seattle) 44/3:158-163.

Simoes, C. / Santos, S. (2016): Comparing the quality of life of adults with and without intellectual disability. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 60/4:378-388.

Slayter, Elspeth (2010a): Medicaid-covered alcohol and drug treatment use among people with intellectual disabilities: evidence of disparities. In: Intellectual and Developmental Disabilities 48/5:361-374.

Slayter, Elspeth (2010b): Not Immune: Access to Substance Abuse Treatment Among Medicaid-Covered Youth With Mental Retardation. In: Journal of Disability Policy Studies 20/4:195-204.

Stewart, L. / Van de Ven, L. / Katsarou, V. / Rentziou, E. / Doran, M. / Jackson, P. / Reilly, J. J. / Wilson, D. (2009): High prevalence of obesity in ambulatory children and adolescents with intellectual disability. In: J Intellect Disabil Res 53/10:882-886.

Vis, Jeroen C. / de Bruin-Bon, Rianne H. / Bouma, Berto J. / Backx, Ad P. / Huisman, Sylvia A. / Imschoot, Luc / Mulder, Barbara J. (2012): 'The sedentary heart': physical inactivity is associated with cardiac atrophy in adults with an intellectual disability. In: International journal of cardiology 158/3:387-393.

Whitney, D. G. / Whibley, D. / Jepsen, K. J. (2019): The effect of low-trauma fracture on one-year mortality rate among privately insured adults with and without neurodevelopmental disabilities. In: Bone 129/:115060.

Zylstra, R. G. / Porter, L. L. / Shapiro, J. L. / Prater, C. D. (2008): Prevalence of osteoporosis in community-dwelling individuals with intellectual and/or developmental disabilities. In: J Am Med Dir Assoc 9/2:109-113.

X4 Unpassende Vergleichspopulation (28)

Amo-Setién, Francisco / Abajas-Bustillo, Rebeca / Sarabia-Cobo, Carmen / Parás-Bravo, Paula / Leal-Costa, César / Redondo-Figuero, Carlos / Bandini, Linda (2020): Prevalence and factors associated with overweight and obesity among Spanish students attending special education schools. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 33/3:364-372.

Bhaumik, S. / Tyrer, F. C. / McGrother, C. / Ganghadaran, S. K. (2008): Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. In: J Intellect Disabil Res 52/11:986-995.

Brehmer-Rinderer, B. / Zigrovic, L. / Weber, G. (2014): Evaluating a health behaviour model for persons with and without an intellectual disability. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 58/6:495-507.

Cooper, Sally-Ann / Smiley, Elita / Allan, Linda / Morrison, Jillian (2018): Incidence of unipolar and bipolar depression, and mania in adults with intellectual disabilities: Prospective cohort study. In: The British Journal of Psychiatry 212/5:295-300.

de Winter, C. F. / Magilsen, K. W. / van Alfen, J. C. / Willemsen, S. P. / Evenhuis, H. M. (2011): Metabolic syndrome in 25% of older people with intellectual disability. In: Fam Pract 28/2:141-144.

Gale, L. / Naqvi, H. / Russ, L. (2009): Asthma, smoking and BMI in adults with intellectual disabilities: a community-based survey. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 53/9:787-796.

Ge, Tong / Zhang, Qi / Lu, Jun / Chen, Gang / Sun, Mei / Li, Xiaohong (2019): Association between education and health outcomes among adults with disabilities: evidence from Shanghai, China. In: PeerJ 7/:e6382.

Haveman, Meindert / Perry, Jonathan / Salvador-Carulla, Luis / Walsh, Patricia Noonan / Kerr, Mike / Van Schrojenstein Lantman-de Valk, Henny / Van Hove, Geert / Berger, Dasa Moravec / Azema, Bernard / Buono, Serafino / Cara, Alexandra Carmen / Germanavicius, Arunas / Linehan, Christine / Maatta, Tuomo / Tossebro, Jan / Weber, Germain (2011): Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: results of the European POMONA II study. In: Journal of intellectual & developmental disability 36/1:49-60.

He, P. / Chen, G. / Wang, Z. / Guo, C. / Li, N. / Yun, C. / Zheng, X. (2018): Adults with intellectual disabilities in China: comorbid psychiatric disorder and its association with health service utilisation. In: Journal of Intellectual Disability Research 62/2:106-114.

Hermans, H. / Beekman, A. T. / Evenhuis, H. M. (2013): Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. In: J Affect Disord 144/1-2:94-100.

Hermans, H. / Evenhuis, H. M. (2013): Factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities: results of the healthy ageing and intellectual disabilities study. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 28/7:691-699.

Kinnear, Deborah / Morrison, Jill / Allan, Linda / Henderson, Angela / Smiley, Elita / Cooper, Sally-Ann (2018): Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without Down syndrome: cross-sectional study. In: BMJ open 8/2:e018292.

Krause, S. / Ware, R. / McPherson, L. / Lennox, N. / O'Callaghan, M. (2016): Obesity in adolescents with intellectual disability: Prevalence and associated characteristics. In: Obes Res Clin Pract 10/5:520-530.

Maenner, M. J. / Greenberg, J. S. / Mailick, M. R. (2015): Association Between Low IQ Scores and Early Mortality in Men and Women: Evidence From a Population-Based Cohort Study. In: American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities 120/3:244-257.

McCarron, M. / Swinburne, J. / Burke, E. / McGlinchey, E. / Carroll, R. / McCallion, P. (2013): Patterns of multimorbidity in an older population of persons with an intellectual disability: results from the intellectual disability supplement to the Irish longitudinal study on aging (IDS-TILDA). In: Res Dev Disabil 34/1:521-527.

Melville, C. A. / Cooper, S. A. / Morrison, J. / Smiley, E. / Allan, L. / Jackson, A. / Finlayson, J. / Mantry, D. (2008): The prevalence and incidence of mental ill-health in adults with autism and intellectual disabilities. In: Journal of Autism & Developmental Disorders 38/9:1676-1688.

Melville, C. A. / McGarty, A. / Harris, L. / Hughes-McCormack, L. / Baltzer, M. / McArthur, L. A. / Morrison, J. / Allan, L. / Cooper, S. A. (2018): A population-based, cross-sectional study of the prevalence and correlates of sedentary behaviour of adults with intellectual disabilities. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 62/1:60-71.

Meuwese-Jongejeugd, Anneke / van Splunder, Jacques / Vink, Marianne / Stilma, Jan Sietse / van Zanten, Bert / Verschuure, Hans / Bernsen, Roos / Evenhuis, Heleen (2008): Combined sensory impairment (deaf-blindness) in five percent of adults with intellectual disabilities. In: American Journal on Mental Retardation 113/4:254-262.

O'Dwyer, M. / Peklar, J. / McCallion, P. / McCarron, M. / Henman, M. C. (2016): Factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in older people with intellectual disability differ from the general population: a cross-sectional observational nationwide study. In: BMJ open 6/4:e010505.

Robinson, Laura M. / Davidson, Philip W. / Henderson, C. Michael / Janicki, Matthew P. / Merrick, Joav / Morad, Mohammed / Wang, Kuo Yu / Hsieh, Kelly / Heller, Tamar / Bishop, Kathleen M. / Wexler, Oren (2010): Health trends from an international sample of older

adults with intellectual and developmental disabilities. In: International Journal on Disability and Human Development 9/4:329-338.

Savage, A. / Emerson, E. (2016): Overweight and obesity among children at risk of intellectual disability in 20 low and middle income countries. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 60/11:1128-1135.

Schoufour, J. D. / van Wijngaarden, J. / Mitnitski, A. / Rockwood, K. / Evenhuis, H. M. / Echteld, M. A. (2014): Characteristics of the least frail adults with intellectual disabilities: a positive biology perspective. In: Research in Developmental Disabilities 35/1:127-136.

Soltau, B. / Biedermann, J. / Hennicke, K. / Fydrich, T. (2015): Mental health needs and availability of mental health care for children and adolescents with intellectual disability in Berlin. In: Journal of Intellectual Disability Research 59/11:983-994.

Swerts, Chris / Vandevelde, Stijn / VanDerNagel, Joanneke E. L. / Vanderplasschen, Wouter / Claes, Claudia / De Maeyer, Jessica (2017): Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in Flanders. In: Research in Developmental Disabilities 63/:107-117.

Tyrer, F. / Ling, S. / Bhaumik, S. / Gangadharan, S. K. / Khunti, K. / Gray, L. J. / Dunkley, A. J. (2020): Diabetes in adults with intellectual disability: prevalence and associated demographic, lifestyle, independence and health factors. In: Journal of Intellectual Disability Research 64/4:287-295.

van de Louw, J. / Vorstenbosch, R. / Vinck, L. / Penning, C. / M. Evenhuis, H. (2009): Prevalence of hypertension in adults with intellectual disability in the Netherlands. In: Journal of intellectual disability research: JIDR 53/:78-84.

Wang, J. J. / Gao, Y. / Kwok, H. H. M. / Huang, W. Y. J. / Li, S. T. / Li, L. P. (2018): Children with Intellectual Disability Are Vulnerable to Overweight and Obesity: A Cross-Sectional Study among Chinese Children. In: Childhood Obesity 14/5:316-326.

Yen, Suh-May / Kung, Pei-Tseng / Chiu, Li-Ting / Tsai, Wen-Chen (2014): Related factors and use of free preventive health services among adults with intellectual disabilities in Taiwan. In: BMC health services research 14/:248.

X5 Unpassende Endpunkte (12)

Axmon, A. / Ahlström, G. / Sandberg, M. (2018): Falls resulting in health care among older people with intellectual disability in comparison with the general population. In: Journal of Intellectual Disability Research.

Chi, Donald L. / Momany, Elizabeth T. / Jones, Michael P. / Damiano, Peter C. (2011): Timing of first dental visits for newly Medicaid-enrolled children with an intellectual or developmental disability in Iowa, 2005-2007. In: American Journal of Public Health 101/5:922-929.

Emerson, Eric / Hatton, Chris / Baines, Susannah / Robertson, Janet (2018): The association between employment status and health among British adults with and without intellectual impairments: cross-sectional analyses of a cohort study. In: BMC public health 18/1:401.

Emerson, Eric / Hatton, Chris / Robertson, Janet / Baines, Susannah (2014): Perceptions of neighbourhood quality, social and civic participation and the self rated health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. In: BMC public health 14/:1252.

Evenhuis, H. M. / Hermans, H. / Hilgenkamp, T. I. / Bastiaanse, L. P. / Echteld, M. A. (2012): Frailty and disability in older adults with intellectual disabilities: results from the healthy ageing and intellectual disability study. In: J Am Geriatr Soc 60/5:934-938.

Fujiura, Glenn T. / Li, Henan / Magana, Sandy (2018): Health Services Use and Costs for Americans With Intellectual and Developmental Disabilities: A National Analysis. In: Intellectual and Developmental Disabilities 56/2:101-118.

Hatton, Chris / Emerson, Eric / Robertson, Janet / Baines, Susannah (2018): The mental health of adolescents with and without mild/moderate intellectual disabilities in England: Secondary analysis of a longitudinal cohort study. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31/5:768-777.

Hilgenkamp, T. I. / van Wijck, R. / Evenhuis, H. M. (2012): Low physical fitness levels in older adults with ID: results of the HA-ID study. In: Res Dev Disabil 33/4:1048-1058.

McKenzie, Katherine / Ouellette-Kuntz, Hélène / Martin, Lynn (2017): Applying a General Measure of Frailty to Assess the Aging Related Needs of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 14/2:124-128.

Schieve, L. A. / Gonzalez, V. / Boulet, S. L. / Visser, S. N. / Rice, C. E. / Braun, K. V. N. / Boyle, C. A. (2012): Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006-2010. In: Research in Developmental Disabilities 33/2:467-476.

Schoufour, Josje D. / Echteld, Michael A. / Boonstra, Andre / Groothuismink, Zwier M. A. / Evenhuis, Heleen M. (2016): Biochemical measures and frailty in people with intellectual disabilities. In: Age and ageing 45/1:142-148.

Schoufour, Josje D. / Mitnitski, Arnold / Rockwood, Kenneth / Evenhuis, Heleen M. / Echteld, Michael A. (2013): Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: results from the HA-ID study. In: Research in Developmental Disabilities 34/5:1541-1555.

X6 Unpassendes Setting (6)

Ameer, Nazia / Palaparthi, Rajababu / Neerudu, Madhukar / Palakuru, Sunil Kumar / Singam, Harinath Reddy / Durvasula, Satyanarayana (2012): Oral hygiene and periodontal status of teenagers with special needs in the district of Nalgonda, India. In: Journal of Indian Society of Periodontology 16/3:421-425.

Chang, Y. W. / Lin, J. D. / Chen, W. L. / Yen, C. F. / Loh, C. H. / Fang, W. H. / Wu, L. W. (2012): Metabolic syndrome and short-term heart rate variability in adults with intellectual disabilities. In: Research in Developmental Disabilities 33/6:1701-1707.

Lin, Pei-Ying / Lin, Lan-Ping / Lin, Jin-Ding (2010): Hypertension, hyperglycemia, and hyperlipemia among adolescents with intellectual disabilities. In: Research in Developmental Disabilities 31/2:545-550.

Oliveira, Juliana Santos / Prado Junior, Raimundo Rosendo / de Sousa Lima, Kassio Rafael / de Oliveira Amaral, Heylane / Moita Neto, Jose Machado / Mendes, Regina Ferraz (2013):

Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. In: Special care in dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry 33/6:262-268.

Tyler, Carl / Schramm, Sarah / Karafa, Matthew / Tang, Anne S. / Jain, Anil (2010): Electronic Health Record Analysis of the Primary Care of Adults with Intellectual and Other Developmental Disabilities. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 7/3:204-210.

Wong, Chi Wai (2011): Adults with intellectual disabilities living in Hong Kong's residential care facilities: A descriptive analysis of health and disease patterns by sex, age, and presence of Down syndrome. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 8/4:231-238.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche 14
Tabelle 2: Klassifikation intellektueller Entwicklungsstörungen (IES) nach Schweregraden 22
Tabelle 3: Systematik ätiologischer Faktoren, die typischerweise intellektuelle Entwicklungsstörungen hervorrufen, mit ausgewählten medizinischen Diagnosen und Syndromen 25
Tabelle 4: Charakteristika der inkludierten Publikationen (in alphabetischer Reihenfolge) 36
Tabelle 5: Outcome-Kategorien und Erläuterungen 83
Tabelle 6: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Lebenserwartung 88
Tabelle 7: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Selbsteingeschätzte Gesundheit, Unterkategorie Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand 94
Tabelle 8: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Selbsteingeschätzte Gesundheit, Unterkategorie Selbsteingeschätzter psychischer/ emotionaler/ mentaler Gesundheitszustand 100
Tabelle 9: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Erkrankungen insgesamt 103
Tabelle 10: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Körperliche Erkrankungen insgesamt 106
Tabelle 11: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Allergien 111
Tabelle 12: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Arthritis und Artrose 114
Tabelle 13: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Osteoporose 118
Tabelle 14: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Rückenschmerzen 121
Tabelle 15: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Migräne/Kopfschmerzen 123
Tabelle 16: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Atemwegserkrankungen: Asthma 128
Tabelle 17: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Atemwegserkrankungen: COPD 132
Tabelle 18: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Atemwegserkrankungen: Andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege 134

Tabelle 19: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Diabetes 138
Tabelle 20: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Hypercholesterinämie 144
Tabelle 21: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insgesamt) 147
Tabelle 22: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Koronare Herzkrankheit 151
Tabelle 23: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke (TIA) 156
Tabelle 24: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Vorhofflimmern 160
Tabelle 25: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Herzinsuffizienz 163
Tabelle 26: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit. 167
Tabelle 27: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krebs 170
Tabelle 28: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Auges 176
Tabelle 29: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Nervensystems 180
Tabelle 30: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Hautkrankheiten 183
Tabelle 31: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten der Schilddrüse 186
Tabelle 32: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Urogenitalsystems 190
Tabelle 33: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Krankheiten des Verdauungssystems 193
Tabelle 34: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Psychische Erkrankungen (insgesamt) 197
Tabelle 35: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Affektive Störungen 201
Tabelle 36: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 205

Tabelle 37: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Schizophrenie und wahnhafte Störungen 209
Tabelle 38: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Verhaltens- und emotionale Störungen 213
Tabelle 39: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Essstörungen 217
Tabelle 40: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Psychische Erkrankungen, Unterkategorie Demenz 219
Tabelle 41: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Schmerzen 221
Tabelle 42: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Unfälle/Verletzungen, Unterkategorie Stürze 223
Tabelle 43: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Unfälle/Verletzungen, Unterkategorie Verletzungen 227
Tabelle 44: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Unfälle/Verletzungen, Unterkategorie Vergiftung 234
Tabelle 45: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Mundgesundheit 237
Tabelle 46: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Infektionserkrankungen 241
Tabelle 47: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Aktivitäten des täglichen Lebens 244
Tabelle 48: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Hören 249
Tabelle 49: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Sehen 253
Tabelle 50: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Sprechen 255
Tabelle 51: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Unterkategorie Mobilität 258
Tabelle 52: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Körperliche Erkrankungen, Unterkategorie Inkontinenz 261
Tabelle 53: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Lebensqualität 264
Tabelle 54: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Mortalität, Unterkategorie Gesamtsterblichkeit 267
Tabelle 55: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Potenziell vermeidbare Mortalität 274
Tabelle 56: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien 278

Tabelle 57: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Atemwegserkrankungen 282
Tabelle 58: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten . 287
Tabelle 59: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Herz-Kreislauf-Erkrankungen 291
Tabelle 60: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krebs 297
Tabelle 61: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krankheiten des Nervensystems 303
Tabelle 62: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krankheiten des Urogenitalsystems 307
Tabelle 63: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Krankheiten des Verdauungssystems 311
Tabelle 64: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Psychische und Verhaltensstörungen 315
Tabelle 65: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Infektiöse und parasitäre Erkrankungen 320
Tabelle 66: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Verletzung, Vergiftung und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen 323
Tabelle 67: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Sterblichkeit, Unterkategorie Ursachenspezifische Mortalität: Äußere Ursachen 327
Tabelle 68: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie körperliche Determinanten, Unterkategorie Gewichtsstatus 333
Tabelle 69: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie körperliche Determinanten, Unterkategorie Metabolisches Syndrom 343
Tabelle 70: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie körperliche Determinanten, Unterkategorie Bluthochdruck 346
Tabelle 71: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie körperliche Aktivität 352
Tabelle 72: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie Ernährung 357
Tabelle 73: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie Alkohol 363
Tabelle 74: Ergebnisse für die Outcome-Kategorie Gesundheits-/Risikoverhalten, Unterkategorie Rauchen 366

Tabelle 75: Zusammenfassende Darstellung zu den Ergebnissen der Übersichtsarbeit ... 372
Tabelle 76: Medline-Suche (über Ovid), durchgeführt am 16. März 2020 380
Tabelle 77: Suche in APA PsycInfo (über Ebsco), durchgeführt am 17. März 2020 381
Tabelle 78: Suche Social Science Citation Index (Web of Science), durchgeführt am 19. März 2020 383

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm der Studienselektion..... 32

Literaturverzeichnis

Arvio, M. / Salokivi, T. / Bjelogrlic-Laakso, N. (2017): Age at Death in Individuals with Intellectual Disabilities. In: *J Appl Res Intellect Disabil* 30/4:782-785.

Axmon, Anna / Ahlström, Gerd / Höglund, Peter (2017): Prevalence and treatment of diabetes mellitus and hypertension among older adults with intellectual disability in comparison with the general population. In: *BMC geriatrics* 17/1:272-272.

Baio, Jon / Wiggins, Lisa / Christensen, Deborah L / Maenner, Matthew J / Daniels, Julie / Warren, Zachary / Kurzius-Spencer, Margaret / Zahorodny, Walter / Rosenberg, Cordelia Robinson / White, Tiffany (2018): Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. In: *Mmwr Surveillance Summaries* 67/6:1-23.

Balogh, R. S. / Lake, J. K. / Lin, E. / Wilton, A. / Lunsky, Y. (2015): Disparities in diabetes prevalence and preventable hospitalizations in people with intellectual and developmental disability: a population-based study. In: *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 32/2:235-242.

Bertelli, Marco O / Munir, Kerim / Harris, James / Salvador-Carulla, Luis (2016): "Intellectual developmental disorders": Reflections on the international consensus document for redefining "mental retardation-intellectual disability" in ICD-11. In: *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*10:36-58.

Bhaumik, S. / Watson, J. M. / Thorp, C. F. / Tyrer, F. / McGrother, C. W. (2008): Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population-based prevalence study. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 52/Pt 4:287-298.

BMASGK (2019): *Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.*

Boland, Mairin C. / Daly, Leslie / Staines, Anthony (2009): Self-rated health and quality of life in adults attending regional disability services in Ireland. In: *Disability and Health Journal* 2/2:95-103.

Boulet, Sheree L. / Boyle, Coleen A. / Schieve, Laura A. (2009): Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children, 1997-2005. In: *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 163/1:19-26.

Bourke, J. / Nembhard, W. N. / Wong, K. / Leonard, H. (2017): Twenty-Five Year Survival of Children with Intellectual Disability in Western Australia. In: *Journal of Pediatrics* 188/:232-239.e232.

Brehmer, Barbara / Zeilinger, Elisabeth / Weber, Germain (2008): Gesundheit von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung - Bericht zum POMONA Projekt. In: *Psychologie in Österreich* 5/:488-493.

Burke, Eilish / McCallion, P. / McCarron, M. (2014): *Advancing Years, Different Challenges: Wave 2 IDS-TILDA. Findings on the ageing of people with an Intellectual Disability*.

Carey, I. M. / Shah, S. M. / Hosking, F. J. / DeWilde, S. / Harris, T. / Beighton, C. / Cook, D. G. (2016): Health characteristics and consultation patterns of people with

intellectual disability: a cross-sectional database study in English general practice. In: *British Journal of General Practice* 66/645:E264-E270.

Cocks, Errol / Thomson, Allyson / Thoresen, Stian / Parsons, Richard / Rosenwax, Lorna (2016): Health status and use of medications by adults with intellectual disability in Western Australia. In: *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 41/2:87-96.

Cooper, Sally-Ann / Hughes-McCormack, Laura / Greenlaw, Nicola / McConnachie, Alex / Allan, Linda / Baltzer, Marion / McArthur, Laura / Henderson, Angela / Melville, Craig / McSkimming, Paula / Morrison, Jill (2018): Management and prevalence of long-term conditions in primary health care for adults with intellectual disabilities compared with the general population: A population-based cohort study. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 31 Suppl 1/:68-81.

Cooper, Sally-Ann / McLean, Gary / Guthrie, Bruce / McConnachie, Alex / Mercer, Stewart / Sullivan, Frank / Morrison, Jill (2015): Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. In: *BMC family practice* 16/:110.

de Winter, C. F. / Bastiaanse, L. P. / Hilgenkamp, T. I. / Evenhuis, H. M. / Echteld, M. A. (2012a): Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. In: *Res Dev Disabil* 33/6:1722-1731.

de Winter, C. F. / Bastiaanse, L. P. / Hilgenkamp, T. I. M. / Evenhuis, H. M. / Echteld, M. A. (2012b): Overweight and obesity in older people with intellectual disability. In: *Research in Developmental Disabilities* 33/2:398-405.

de Winter, C. F. / Bastiaanse, L. P. / Kranendonk, S. E. / Hilgenkamp, T. I. M. / Evenhuis, H. M. / Echteld, M. A. (2013): Peripheral arterial disease in older people with intellectual disability in The Netherlands using the ankle-brachial index: results of the HA-ID study. In: *Research in Developmental Disabilities* 34/5:1663-1668.

de Winter, C. F. / Echteld, M. A. / Evenhuis, H. M. (2014): Chronic kidney disease in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. In: *Res Dev Disabil* 35/3:726-732.

de Winter, C. F. / van den Berge, A. P. / Schoufour, J. D. / Oppewal, A. / Evenhuis, H. M. (2016): A 3-year follow-up study on cardiovascular disease and mortality in older people with intellectual disabilities. In: *Research in Developmental Disabilities* 53-54/:115-126.

Dieckmann, F. / Giovis, C. / Offergeld, J. (2015): The Life Expectancy of People with Intellectual Disabilities in Germany. In: *J Appl Res Intellect Disabil* 28/5:373-382.

Dixon-Ibarra, A. / Horner-Johnson, W. (2014): Disability Status as an Antecedent to Chronic Conditions: National Health Interview Survey, 2006-2012. In: *Preventing chronic disease* 11/.

Downes, Martin J / Brennan, Marnie L / Williams, Hywel C / Dean, Rachel S (2016): Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). In: *BMJ open* 6/12:e011458.

Emerson, E. / Einfeld, S. / Stancliffe, R. J. (2010): The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45/5:579-587.

Emerson, E. / Robertson, J. (2010): Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. In: *Int J Pediatr Obes* 5/4:320-326.

Emerson, Eric / Glover, Gyles / Hatton, Chris / Wolstenholme, John (2014a): Trends in age-standardised mortality rates and life expectancy of people with learning disabilities in Sheffield over a 33-year period. In: *Tizard Learning Disability Review* 19/:90-95.

Emerson, Eric / Hatton, Chris / Baines, Susannah / Robertson, Janet (2016a): The physical health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. In: *International journal for equity in health* 15/:11.

Emerson, Eric / Robertson, Janet / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2014b): The self-rated health of British adults with intellectual disability. In: *Research in Developmental Disabilities* 35/3:591-596.

Emerson, Eric / Robertson, Janet / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2016b): Obesity in British children with and without intellectual disability: cohort study. In: *BMC public health* 16/:644.

Finlayson, J. / Morrison, J. / Jackson, A. / Mantry, D. / Cooper, S. A. (2010): Injuries, falls and accidents among adults with intellectual disabilities. Prospective cohort study. In: *J Intellect Disabil Res* 54/11:966-980.

Finlayson, Janet / Jackson, Alison / Cooper, Sally-Ann / Morrison, Jillian / Melville, Craig / Smiley, Elita / Allan, Linda / Mantry, Dipali (2009): Understanding Predictors of Low Physical Activity in Adults with Intellectual Disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 22/3:236-247.

Florio, T. / Trollor, J. (2015): Mortality among a Cohort of Persons with an Intellectual Disability in New South Wales, Australia. In: *J Appl Res Intellect Disabil* 28/5:383-393.

Flygare Wallen, E. / Ljunggren, G. / Carlsson, A. C. / Pettersson, D. / Wandell, P. (2018): High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 62/4:269-280.

García-Domínguez, L. / Navas, P. / Verdugo, MÁ / Arias, V. B. (2020): Chronic Health Conditions in Aging Individuals with Intellectual Disabilities. In: *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]* 17/9.

Garner, Paul / Hopewell, Sally / Chandler, Jackie / MacLehose, Harriet / Akl, Elie A / Beyene, Joseph / Chang, Stephanie / Churchill, Rachel / Dearness, Karin / Guyatt, Gordon / Lefebvre, Carol / Liles, Beth / Marshall, Rachel / Martínez García, Laura / Mavergames, Chris / Nasser, Mona / Qaseem, Amir / Sampson, Margaret / Soares-Weiser, Karla / Takwoingi, Yemisi / Thabane, Lehana / Trivella, Marialena / Tugwell, Peter / Welsh, Emma / Wilson, Ed C / Schünemann, Holger J (2016): When and how to update systematic reviews: consensus and checklist. In: *BMJ* 354/:i3507.

Glover, G. / Williams, R. / Heslop, P. / Oyinlola, J. / Grey, J. (2017): Mortality in people with intellectual disabilities in England. In: *J Intellect Disabil Res* 61/1:62-74.

Griebler, Robert / Anzenberger, Judith / Eisenmann, Alexander (2015): *Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Haider, Syed Imran / Ansari, Zahid / Vaughan, Loretta / Matters, Helen / Emerson, Eric (2013): Health and wellbeing of Victorian adults with intellectual disability compared to the general Victorian population. In: *Research in Developmental Disabilities* 34/11:4034-4042.

Hassiotis, A. / Noor, M. / Bebbington, P. / Afia, A. / Wieland, J. / Qassem, T. (2017): Borderline intellectual functioning and psychosis: Adult Psychiatric Morbidity Survey evidence. In: *Br J Psychiatry* 211/1:50-51.

Haveman, Meindert / Heller, Tamar / Lee, Lynette / Maaskant, Marian / Shooshtari, Shahin / Strydom, Andre (2010): Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: An overview of recent studies. In: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 7/1:59-69.

Havercamp, Susan M. / Scott, Haleigh M. (2015): National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. In: *Disability and Health Journal* 8/2:165-172.

Hempel, E. / Limberger, K. / Moller, M. / Heinrich-Weltzien, R. (2015): [Oral health status of students with and without disabilities in Erfurt, Germany]. In: *Mundgesundheit von Erfurter Schuler/innen mit und ohne Behinderungen* 77/4:263-268.

Hermans, H. / Beekman, A. T. / Evenhuis, H. M. (2014): Comparison of anxiety as reported by older people with intellectual disabilities and by older people with normal intelligence. In: *American Journal of Geriatric Psychiatry* 22/12:1391-1398.

Heslop, Pauline / Blair, Peter S. / Fleming, Peter / Hoghton, Matthew / Marriott, Anna / Russ, Lesley (2014): The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. In: *Lancet (London, England)* 383/9920:889-895.

Higgins, Julian / James, Thomas / Jacqueline, Chandler / Miranda, Cumpston / Tianjing, Li / Matthew, Page / Vivian, Welch (2019): *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - version 6.* Available from: www.training.cochrane.org/handbook.

Hosking, F. J. / Carey, I. M. / Shah, S. M. / Harris, T. / DeWilde, S. / Beighton, C. / Cook, D. G. (2016): Mortality Among Adults With Intellectual Disability in England: Comparisons With the General Population. In: *Am J Public Health* 106/8:1483-1490.

Hughes-McCormack, Laura A. / Rydzewska, Ewelina / Henderson, Angela / MacIntyre, Cecilia / Rintoul, Julie / Cooper, Sally-Ann (2017): Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population. In: *BJPsych open* 3/5:243-248.

Hughes-McCormack, Laura Anne / Rydzewska, Ewelina / Henderson, Angela / MacIntyre, Cecilia / Rintoul, Julie / Cooper, Sally-Ann (2018): Prevalence and general health status of people with intellectual disabilities in Scotland: a total population study. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 72/1:78-85.

Jansen, J. / Rozeboom, W. / Penning, C. / Evenhuis, H. M. (2013): Prevalence and incidence of myocardial infarction and cerebrovascular accident in ageing persons with intellectual disability. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 57/7:681-685.

Kiani, R. / Tyrer, Freya / Shaikh, A. / Satgé, D. (2010): Cancer deaths in people with moderate to profound intellectual disabilities: The Leicestershire experience 1993-2006. In: *Int J Child Health Hum Dev* 3/:215-221.

Kinnear, D. / Allan, L. / Morrison, J. / Finlayson, J. / Sherriff, A. / Macpherson, L. / Henderson, A. / Ward, L. / Muir, M. / Cooper, S. A. (2019a): Prevalence of factors associated with edentulousness (no natural teeth) in adults with intellectual disabilities. In: *Journal of Intellectual Disability Research*.

Kinnear, D. / Rydzewska, E. / Dunn, K. / Hughes-McCormack, L. A. / Melville, C. / Henderson, A. / Cooper, S. A. (2019b): Relative influence of intellectual disabilities and autism on mental and general health in Scotland: a cross-sectional study of a whole country of 5.3 million children and adults. In: *BMJ open* 9/8:e029040.

Klimont, Jeannette / Baldaszti, Erika (2015): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.* Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit.Wien.

Krahn, G. L. / Hammond, L. / Turner, A. (2006): A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. In: *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 12/1:70-82.

Krahn, Gloria L. / Fox, Michael H. (2014): Health disparities of adults with intellectual disabilities: what do we know? What do we do? In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 27/5:431-446.

Landes, Scott D. (2014): *Redefining the problem: Socioeconomic predictors of mortality for adults with intellectual disability*. Doctor of Philosophy. Dissertation. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, US: University of Florida.

Landes, Scott D. (2017a): The Association between Education and Mortality for Adults with Intellectual Disability. In: *Journal of health and social behavior* 58/1:70-85.

Landes, Scott D. (2017b): The Intellectual Disability Mortality Disadvantage: Diminishing With Age? In: *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 122/2:192-207.

Lunsky, Yona / Durbin, Anna / Brown, Hilary K. / Bansal, Symron / Heifetz, Marina / Antoniou, Tony (2017): Health profiles and associated service use among adults with HIV and intellectual and developmental disabilities. In: *AIDS (London, England)* 31/5:697-705.

Mac Giolla Phadraig, Caoimhin / McCallion, Philip / Cleary, Eimear / McGlinchey, Eimear / Burke, Eilish / McCarron, Mary / Nunn, June (2015): Total tooth loss and complete denture use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. In: *Journal of public health dentistry* 75/2:101-108.

Magana, Sandra / Parish, Susan / Morales, Miguel A. / Li, Henan / Fujiura, Glenn (2016): Racial and Ethnic Health Disparities Among People With Intellectual and Developmental Disabilities. In: *Intellectual and Developmental Disabilities* 54/3:161-172.

Maulik, Pallab K / Mascarenhas, Maya N / Mathers, Colin D / Dua, Tarun / Saxena, Shekhar (2011): Prevalence of intellectual disability: a Meta-analysis of population-based studies. In: *Research in Developmental Disabilities* 32/2:419-436.

McCarron, M. / Haigh, M. / McCallion, P. (2017a): *Health, Wellbeing and Social Inclusion: Ageing with an Intellectual Disability in Ireland*. Dublin, Ireland: School of Nursing and Midwifery, The University of Dublin, Trinity College.

McCarron, M. / Swinburne, J. / Burke, E. / McGlinchey, E. / Mulryan, N. / Andrews, V. / Foran, S. / McCallion, P. (2011): *Growing Older with an Intellectual Disability in Ireland 2011: First Results from The Intellectual Disability Supplement of The Irish Longitudinal Study on Ageing*. Dublin: School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin.

McCarron, Mary / Carroll, Rachael / Kelly, Caraiosa / McCallion, Philip (2015): Mortality Rates in the General Irish Population Compared to those with an Intellectual

Disability from 2003 to 2012. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 28/5:406-413.
McCarron, Mary / Cleary, Eimear / McCallion, Philip (2017b): Health and Health-Care Utilization of the Older Population of Ireland: Comparing the Intellectual Disability Population and the General Population. In: *Research on Aging* 39/6:693-718.
McKenzie, Katherine / Milton, Meagan / Smith, Glenys / Ouellette-Kuntz, Hélène (2016): Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. In: *Current Developmental Disorders Reports* 3/2:104-115.
Melville, C. A. / Cooper, S.-A. / Morrison, J. / Allan, L. / Smiley, E. / Williamson, A. (2008): The Prevalence and Determinants of Obesity in Adults with Intellectual Disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21/5:425-437.
Mithen, J. / Aitken, Z. / Ziersch, A. / Kavanagh, A. M. (2015): Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. In: *Social Science & Medicine* 126/:26-35.
Moher, David / Liberati, Alessandro / Tetzlaff, Jennifer / Altman, Douglas G. / The, Prisma Group (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. In: *PLoS medicine* 6/7:e1000097.
Morin, Diane / Merineau-Cote, Julie / Ouellette-Kuntz, Helene / Tasse, Marc J. / Kerr, Michael (2012): A comparison of the prevalence of chronic disease among people with and without intellectual disability. In: *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 117/6:455-463.
Ng, N. / Flygare Wallen, E. / Ahlstrom, G. (2017): Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: a Swedish national retrospective cohort study. In: *BMC Geriatr* 17/1:269.
Oppewal, A. / Schoufour, J. D. / van der Maarl, H. J. K. / Evenhuis, H. M. / Hilgenkamp, T. I. M. / Festen, D. A. (2018): Causes of Mortality in Older People With Intellectual Disability: Results From the HA-ID Study. In: *American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities* 123/1:61-71.
Ouzzani, Mourad / Hammady, Hossam / Fedorowicz, Zbys / Elmagarmid, Ahmed (2016): Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. In: *Systematic Reviews* 5/1:210.
Polyak, Andrew / Rosenfeld, Jill A / Girirajan, Santhosh (2015): An assessment of sex bias in neurodevelopmental disorders. In: *Genome Medicine* 7/1:94.
Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.* RKI, Berlin.
Robert Koch-Institut (2020): Psychische Gesundheit und psychische Störungen. [Online]. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html [Zugriff am 12.04.2021].
Robertson, Janet / Emerson, Eric / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2014): Obesity and health behaviours of British adults with self-reported intellectual impairments: cross sectional survey. In: *BMC public health* 14/:219.
Robertson, Janet / Emerson, Eric / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2018a): Self-Reported Participation in Sport/Exercise Among Adolescents and Young Adults With and Without Mild to Moderate Intellectual Disability. In: *Journal of Physical Activity & Health* 15/4:247-254.

Robertson, Janet / Emerson, Eric / Baines, Susannah / Hatton, Chris (2018b): Self-reported smoking, alcohol and drug use among adolescents and young adults with and without mild to moderate intellectual disability. In: *Journal of intellectual & developmental disability*:1-11.

Sandberg, Magnus / Ahlstrom, Gerd / Kristensson, Jimmie (2017): Patterns of Somatic Diagnoses in Older People with Intellectual Disability: A Swedish Eleven Year Case-Control Study of Inpatient Data. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 30/1:157-171.

Segal, M. / Eliasziw, M. / Phillips, S. / Bandini, L. / Curtin, C. / Kral, T. V. / Sherwood, N. E. / Sikich, L. / Stanish, H. / Must, A. (2016): Intellectual disability is associated with increased risk for obesity in a nationally representative sample of U.S. children. In: *Disability & Health Journal* 9/3:392-398.

Slevin, E. / Truesdale-Kennedy, M. / McConkey, R. / Livingstone, B. / Fleming, P. (2014): Obesity and overweight in intellectual and non-intellectually disabled children. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 58/3:211-220.

Stancliffe, Roger J. / Anderson, Lynda L. (2017): Factors associated with meeting physical activity guidelines by adults with intellectual and developmental disabilities. In: *Research in Developmental Disabilities* 62/:1-14.

Stancliffe, Roger J. / Lakin, K. Charlie / Larson, Sheryl / Engler, Joshua / Bershadsky, Julie / Taub, Sarah / Fortune, Jon / Ticha, Renata (2011): Overweight and obesity among adults with intellectual disabilities who use intellectual disability/developmental disability services in 20 U.S. States. In: *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 116/6:401-418.

Stankiewicz, E. / Ouellette-Kuntz, H. / McIsaac, M. / Shooshtari, S. / Balogh, R. (2018): Patterns of mortality among adults with intellectual and developmental disabilities in Ontario. In: *Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique* 109/5-6:866-872.

Stedman, K. V. / Leland, L. S. (2010): Obesity and intellectual disability in New Zealand. In: *J Intellect Dev Disabil* 35/2:112-115.

Suttorp, N. / Möckel, M. / Siegmund, B. / Dietel, M. (Hrsg.) (2020): *Harrisons Innere Medizin 1.* Thieme, Berlin.

Trollor, Julian / Srasuebkul, Preeyaporn / Xu, Han / Howlett, Sophie (2017): Cause of death and potentially avoidable deaths in Australian adults with intellectual disability using retrospective linked data. In: *BMJ open* 7/2:e013489.

Tyrer, F. / McGrother, C. (2009): Cause-specific mortality and death certificate reporting in adults with moderate to profound intellectual disability. In: *J Intellect Disabil Res* 53/11:898-904.

United Nations (2015): *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Developement, https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld.*

Vereinigte Nationen (2006): *UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (original Englisch)*. New York, N.Y.: United Nations.

Weber, Germain (2004): Delayed substantial increase in older age cohorts in Austria–challenges for service providers and policy planners. In: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 1/2:105-106.

Weber, Germain / Rojahn, Johannes (2019): Intellektuelle Beeinträchtigungen. In: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3, Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter.*(Hrsg.). Berlin: Springer Verlag363-381.

WHO (2001): *International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organisation.

WHO (2018): *The 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) - ICD 11 for mortality and morbidity statistics (version 04/2019). https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/605267007; https://icd.who.int/browse11/l-m/en*. World Health Organization.

World Health Organization (2019): *Psychische Gesundheit - Faktenblatt*.

Young-Southward, G. / Rydzewska, E. / Philo, C. / Cooper, S. A. (2017): Physical and mental health of young people with and without intellectual disabilities: cross-sectional analysis of a whole country population. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 61/10:984-993.

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ASS	Autismus-Spektrum-Störungen
BMI	Body-Mass-Index
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CAPI	computergestützte persönliche Interviews
CATI	computergestützte Telefoninterviews
CMF	Comparative Mortality Figure
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease / chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CVA	Cerebrovascular accident (Schlaganfall)
DID	Disorders of Intellectual Development
DUK	Donau-Universität Krems
EKG	Elektrokardiogramm
GFR	glomeruläre Filtrationsrate
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HA-ID	Healthy Ageing and Intellectual Disability Study
HIV	Human immunodeficiency virus
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HR	Hazard Ratio
IB	(Menschen) mit intellektuellen Beeinträchtigungen / intellektuell beeinträchtigt
ICD	International Classification of Diseases / Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (WHO)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)
IDS-TILDA	Intellectual Disability Supplement to the Irish Longitudinal Study on Ageing
IES	intellektuelle Entwicklungsstörungen
IQ	Intelligenzquotient
IQR	Interquartilabstand
k.A.	keine Angabe
kg/m^2	Kilogramm pro Quadratmeter (Maßeinheit für Body-Mass-Index)

KHK	koronare Herzkrankheit
KI	Konfidenzintervall
KQ	Key Question
LOS	Life-Opportunities Survey
LVEF	Ejektionsfraktion des linken Ventrikels
MDRD-Formel	„Modification of Diet in Renal Disease“-Formel zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate
MI	Myokardinfarkt
MW	Mittelwert
n.a.	nicht anwendbar
n.s.	nicht signifikant
NCEP-ATP III criteria	National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel (ATP) III (Kriterien für Metabolisches Syndrom)
NIB	nicht intellektuell beeinträchtigt / (Menschen) ohne intellektuelle Beeinträchtigungen
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
PR	Prevalence Ratio
RR	Risk Ratio / relatives Risiko
SCAN	Clinical Assessment in Neuropsychiatry System
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SMR	Standardized Mortality Ratio
SMR%	Standardized Mortality Ratio in Prozent
SSCI	Social Science Citation Index
SWE	Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
UK	United Kingdom
US	United States Understanding Society Study
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at