

Entringer, Theresa Margareta et al.

**Working Paper**

## Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil

SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1087

**Provided in Cooperation with:**

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

*Suggested Citation:* Entringer, Theresa Margareta et al. (2020) : Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil, SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1087, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/222647>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

## SOEPpapers

on Multidisciplinary Panel Data Research

# Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil

Theresa Entringer, Hannes Kröger, Jürgen Schupp, Simon Kühne, Stefan Liebig, Jan Goebel, Markus M. Grabka, Daniel Graeber, Martin Kroh, Carsten Schröder, Johannes Seebauer, Sabine Zinn

# Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil

02 Juni, 2020

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>1 Daten und Sample</b>	<b>4</b>
1.1 Das SOEP und die SOEP-CoV Studie . . . . .	4
1.2 Potenzielle Selektivität des Samples und Mode-Effekte . . . . .	5
1.3 Potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit in der Krise . . . . .	6
<b>2 Zufriedenheit mit und Sorgen um die Gesundheit</b>	<b>7</b>
2.1 Allgemeine Veränderungen in der Corona Pandemie . . . . .	7
2.2 Risiko - und Schutzfaktoren . . . . .	8
2.3 Besondere Risikogruppen . . . . .	8
<b>3 Einsamkeit</b>	<b>9</b>
3.1 Allgemeine Veränderungen in der Corona Pandemie . . . . .	10
3.2 Risiko - und Schutzfaktoren . . . . .	11
3.3 Besondere Risikogruppen . . . . .	12
<b>4 Depression &amp; Angstsymptomatik</b>	<b>13</b>
4.1 Allgemeine Veränderungen durch die Corona Pandemie . . . . .	14
4.2 Risiko - und Schutzfaktoren . . . . .	15
4.3 Besondere Risikogruppen . . . . .	15
<b>5 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit</b>	<b>15</b>
5.1 Wohlbefinden . . . . .	15
5.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit . . . . .	15
<b>6 Diskussion</b>	<b>17</b>
<b>7 Appendix - Vergleich der Zeitreihen mit dem gesamten und nur dem SOEP-CoV-Sample</b>	<b>20</b>

## **Autorinnen und Autoren**

Theresa Entringer, SOEP/DIW Berlin

Hannes Kröger, SOEP/DIW Berlin

Jürgen Schupp, SOEP/DIW Berlin, FU Berlin

Simon Kühne, Universität Bielefeld

Stefan Liebig, SOEP/DIW Berlin

Jan Goebel, SOEP/DIW Berlin

Markus M. Grabka, SOEP/DIW Berlin

Daniel Graeber, SOEP/DIW Berlin

Martin Kroh, Universität Bielefeld

Carsten Schröder, SOEP/DIW Berlin

Johannes Seebauer, SOEP/DIW Berlin

Sabine Zinn, SOEP/DIW Berlin

## Kontakt

Bei Rückfragen zu den Ergebnissen wenden Sie sich bitte an:

Theresa Entringer

Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

DIW Berlin

Mohrenstraße 58

10117 Berlin

tentringer@diw.de

Bei Rückfragen zum Projekt wenden Sie sich bitte an:

Simon Kühne

Fakultät für Soziologie

Universität Bielefeld

Universitätsstraße 25

33605 Bielefeld

simon.kuehne@uni-bielefeld.de

Stefan Liebig

Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

DIW Berlin

Mohrenstraße 58

10117 Berlin

sliebig@diw.de

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

**SOEP** CoV

Sozio-ökonomische Faktoren  
und Folgen der Verbreitung  
des Coronavirus in Deutschland

UNIVERSITÄT  
BIELEFELD

DIW SOEP

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie vergleicht das Niveau der selbstberichteten psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens in Deutschland zu Beginn der Corona-Krise (April 2020) mit den der Vorjahre.

Die Zufriedenheit mit der Gesundheit steigt über alle Bevölkerungsgruppen hinweg deutlich an, während Sorgen um die Gesundheit über alle Gruppen deutlich sinken. Dies deutet darauf hin, dass die aktuelle Einschätzung stark im Kontext des Bedrohungsszenarios der Pandemie erfolgt. Die subjektive Einsamkeit steigt über alle betrachteten Gruppe sehr stark an. Der Anstieg fällt unter jüngeren Menschen und Frauen etwas größer aus. Depressions- und Angstsymptome steigen ebenfalls an im Vergleich zu 2019, sind jedoch vergleichbar zum Niveau in 2016. Das Wohlbefinden verändert sich insgesamt kaum, es zeigen sich jedoch kleine Geschlechterunterschiede. Während Frauen im Durchschnitt ein etwas geringeres Wohlbefinden berichten, ist das Wohlbefinden bei Männern leicht angestiegen. Die allgemeine Lebenszufriedenheit verändert sich im Vergleich zu den Vorjahren im April 2020 noch nicht signifikant. Allerdings findet man eine Angleichung der sozioökonomischen Unterschiede in Bildung und Einkommen. Personen mit niedriger Bildung und Personen mit niedrigem Einkommen berichten einen leichten Anstieg ihrer Lebenszufriedenheit, während Personen mit hoher Bildung und Personen mit hohem Einkommen eine leichte Reduktion ihrer Lebenszufriedenheit berichten.

Insgesamt ergibt sich, dass in der ersten Phase der Corona-Pandemie sozioökonomische Unterschiede für die psychische Gesundheit noch keine große modifizierende Rolle spielen. Bestehende soziale Ungleichheiten in gesundheitsbezogenen Indikatoren bleiben weitgehend bestehen, einige verringern sich sogar.

# 1 Daten und Sample

## 1.1 Das SOEP und die SOEP-CoV Studie

Wie schon in der ersten Studie zu den Folgen der Corona-Pandemie für den Arbeitsmarkt (Schröder et al. 2020)<sup>1</sup> greifen wir in den vorliegenden Analysen auf Informationen aus der Langfristbefragung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)<sup>2</sup> und der SOEP-CoV Studie zurück. Die Daten des SOEP aus den vergangenen fünf Jahren werden an die Daten der SOEP-CoV Studie<sup>3</sup> angespielt. Bei der SOEP-CoV Studie handelt es sich um eine wissenschaftliche Untersuchung, die seit dem 30. März 2020 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. In ihrem Rahmen werden SOEP Haushalte von April 2020 bis Ende Juni 2020 – zusätzlich zu der regelmäßigen jährlichen Befragung – zu ihrer beruflichen und familiären Situation sowie zu ihren Sorgen und ihrer Gesundheit befragt. Während das SOEP also Informationen zum Empfinden der beruflichen, familiären und gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Menschen aus den vergangenen Jahren enthält, enthält die SOEP-CoV Studie weitergehende Informationen zum Empfinden der in Deutschland lebenden Menschen während der Krise.

Die Verknüpfung von Befragungsdaten aus dem April 2020 (1.4.2020 bis 26.04.2020) mit den Informationen aus den Vorjahren bietet daher einen entscheidenden Vorteil: Wir können Veränderungen nach Beginn der Corona-Krise abbilden, ohne dass die Befragten retrospektiv eine Einschätzung der Situation vor der Krise abgeben müssen. Stattdessen können wir auf Informationen zu der demographischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation sowie den Sorgen und Einstellungen der in Deutschland lebenden Menschen zurückgreifen, ohne dass die Daten durch Erinnerungseffekte verzerrt werden. Damit ist ein direkter Vergleich der Situation der in Deutschland lebenden Menschen vor der Krise und der jetzigen Situation in der Krise möglich. Den Analysen liegen Befragungspersonen der SOEP-Stichproben A-L, M1, M2 sowie O zu Grunde aus denen auch das SOEP-CoV Sondersample gezogen wurde.

---

<sup>1</sup>Carsten Schröder, Theresa Entringer, Jan Goebel, Markus M. Grabka, Daniel Graeber, Martin Kroh, Hannes Kröger, Simon Kühne, Stefan Liebig, Jürgen Schupp, Johannes Seebauer, Sabine Zinn (2020): Erwerbstätige sind vor dem Covid-19-Virus nicht alle gleich. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 1080. SOEP — The German Socio-Economic Panel at DIW Berlin. [https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.789529.de/diw\\_sp1080.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.789529.de/diw_sp1080.pdf)

<sup>2</sup>Das SOEP ist eine repräsentative jährliche Wiederholungsbefragung privater Haushalte, die seit 1984 durchgeführt wird (vgl. Goebel et al., 2019). Das SOEP enthält eine Vielzahl an Informationen zu den Befragten – auf Individual- und Haushaltsebene. Hierzu zählen neben soziodemografischen Charakteristika (Haushaltszusammensetzung, Wohnort, Alter- und Geschlecht der Haushaltsmitglieder, Einkommen, etc.) Informationen zum Erwerbsstatus (Arbeitszeit, Branche, Erwerbseinkommen, Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb, etc.) sowie Fragen zu Gesundheit, Sorgen oder Lebenszufriedenheit. Ziel der vorliegenden Studie ist die Beschreibung der psychischen Gesundheit während der Corona-Pandemie im April 2020. Um dieses Ziel zu erreichen, werden Daten der ersten beiden Tranchen der SOEP-CoV Studie (für weitere Informationen siehe: Vgl. <https://www.soep-cov.de/>) verwendet. Diese Studie basiert auf telefonisch durchgeführten Interviews von SOEP-Befragten während der Corona-Pandemie (1.4.2020 bis 26.4.2020; Tranchen 1 und 2 der Befragung). In den ersten beiden Tranchen der SOEP-CoV Studie wurden zusammen 3615 Personen telefonisch befragt von denen 3599 in diesem Bericht analysiert wurden.

<sup>3</sup>Das Projekt SOEP-CoV wird als Verbundprojekt zwischen der Universität Bielefeld und dem SOEP am DIW Berlin vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderaufrufs zur Erforschung von COVID-19 im Zuge des Ausbruchs von Sars-CoV-2 gefördert (Förderkennzeichen 01KI2087B).

Die Fallzahl der betrachteten Jahren ist in Tabelle 1 ausgewiesen.

<b>Jahr</b>	<b>Fallzahl</b>
2015	38224
2016	34186
2017	36470
2018	34968
2019	21806
2020	3599

**Tabelle 1: Fallzahlen**

Die vorliegenden Analysen beziehen sich auf alle Personen in Deutschland, die 17 Jahre und älter sind und in Privathaushalten leben. Es wurde ein Gewichtungungsverfahren gewählt, das Designeffekte und non-response berücksichtigt und die Verallgemeinerung auf die Gesamtpopulation in Deutschland zulässt<sup>4</sup>.

## 1.2 Potenzielle Selektivität des Samples und Mode-Effekte

Im Gegensatz zu der normalen Befragung im SOEP wurde die SOEP-CoV Befragung nicht persönlich im Haushalt (“face-to-face”) durchgeführt, sondern auf Grund der im April 2020 geltenden Kontaktbeschränkung telefonisch. Diese veränderte Erhebungsmethode kann potentiell dazu führen, dass sich das Antwortverhalten der Befragten gegenüber den Vorjahren verändert (sog. “Mode-Effekte”, sprich Effekte, die durch die Art der Befragung hervorgerufen werden). Aufgrund des Studiendesigns (keine Kontrollgruppe, die weiterhin persönlich im Haushalt befragt wurde), kann man aktuell eine Verzerrung (Unter- bzw. Überschätzung der Unterschiede) der Ergebnisse nicht vollständig ausschließen. Die Autoren nehmen jedoch aus drei Gründen an, dass Mode-Effekte keine wichtige Rolle für die Ergebnisse spielen: Erstens, die Ergebnisse waren insgesamt über verschiedene Analysemethoden hinweg stabil. Zweitens, die Unterschiede zwischen April 2020 und den Vorjahren waren nicht systematisch (z.B. kein genereller Anstieg in der Zustimmung) und drittens, die Veränderungen waren bedeutsam und so groß, dass sie nicht alleine durch Mode-Effekte erklärbar sind.

Neben Mode-Effekten besteht außerdem die Möglichkeit, dass die SOEP-CoV-Stichprobe hinsichtlich ihrer demografischen Eigenschaften verzerrt ist und das auch das aufwändige Gewichtungungsverfahren, das gewählt wurde diese Verzerrung nicht vollständig ausgleichen kann. Damit könnte der Vergleich zwischen April 2020 und den Vorjahren Unterschiede in der Stichprobe und nicht Unterschiede in der Population widerspiegeln. Um dies auszuschließen, wurden alle Analysen nur für diejenigen Befragten wiederholt, die sowohl im April 2020 als auch schon in den Vorjahren befragt wurden. Diese zusätzlichen Analysen zeigen keine wesentlichen Unterschiede zu den im Haupttext berichteten Analysen, die substanziell über statistisch erwartbare Abweichungen hinausgehen und keine, die die Schlussfolgerungen aus dieser Studie in Frage stellen würden. Jedoch zeigte sich, dass in der SOEP-CoV Stichprobe in den Vorjahren

<sup>4</sup>Weitere Details des Gewichtungsverfahrens können im Anhang A.2 (S. 19/20) des ersten SOEP-CoV Berichts (Schröder et al. 2020) gefunden werden.

(2015-2019) etwas geringere Einsamkeit und weniger Depressions- und Angstsymptome berichtet wurden, als in der SOEP Gesamtstichprobe. Vergleiche der Krisensituation im April 2020 und den Vorjahren, die nur auf der SOEP-CoV Stichprobe beruhen, würden daher etwas größere Unterschiede hervorbringen, als Vergleiche der SOEP-CoV Stichprobe mit der SOEP Gesamtstichprobe. Diese Unterschiede in den Schätzergebnissen sind aber gerade bei der Einsamkeit sehr klein im Vergleich zu der Gesamtveränderung vor und nach der Corona-Krise. Um eine Überschätzung der tatsächlich bestehenden Unterschiede zu vermeiden, beziehen sich die im folgenden Haupttext berichteten Ergebnisse auf den konservativeren Vergleich (SOEP-Cov mit SOEP Gesamtstichprobe). Eine vollständige Übersicht der Ergebnisse beider Vergleiche findet sich im Anhang (Abbildungen 8 - 23).

### 1.3 Potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit in der Krise

Um einschätzen zu können, ob soziökonomische Merkmale einen relevanten Einfluss auf den Umgang mit der Krise haben, untersuchen wir die Veränderung in den Sorgen um die Gesundheit, der Einsamkeit, der psychischer Gesundheit sowie dem Wohlbefinden getrennt für eine Reihe relevanter Subgruppen. Diese umfassen neben dem Geschlecht, dem Alter und dem Migrationshintergrund das Bildungsniveau der Befragten sowie das Einkommen der Haushalte.

Das Einkommen wird als monatliche äquivalenzgewichtete Haushaltseinkommen betrachtet<sup>5</sup>. Bei dieser Form der Einkommensmessung werden auf Ebene des Haushalts Einkunftsarten nach Steuern und Transfers einbezogen und zudem Unterschiede in der Haushaltsgröße durch eine Bedarfsgewichtung Rechnung berücksichtigt. Aus der Verteilung dieses Einkommens im Jahr 2019 werden drei gleichgroße Gruppen, sogenannte Terzile, gebildet, die den oberen, mittleren und unteren Schichtungsanteil des materiellen Lebensstandards in Deutschlands widerspiegeln.

Die drei verwendeten Bildungsgruppen (niedrig, mittel, hoch) werden auf der Grundlage des höchsten Schul- bzw. beruflichen Bildungsabschlusses der Befragten nach der Klassifikation der Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations (CASMIN) gebildet. Die niedrigste Bildungsgruppe beinhaltet Personen ohne schulischen Bildungsabschluss oder mit Hauptschulabschluss mit oder ohne beruflichen Bildungsabschluss. Die hohe Bildungskategorie umfasst Personen mit einem Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss, während die mittlere Bildungsgruppe die restlichen mittleren Bildungsabschlüsse umfasst.

Über diese demographischen und sozioökonomischen Faktoren hinaus betrachten wir auch Unterschiede zwischen Personen mit Vorerkrankungen, die das Potenzial für einen schwereren Verlauf der Covid-19 Krankheit haben. Aus dem Jahr 2019 besitzen wir selbst-berichtete

---

<sup>5</sup>Das verfügbare Haushaltseinkommen umfasst alle Einkunftsarten auf Haushaltsebene abzüglich Steuern auf Einkommen und Sozialversicherungsabgaben und zuzüglicher staatlicher Transferleistungen. Um Unterschieden in den materiellen Bedürfnissen aufgrund der Haushaltsgröße Rechnung zu tragen, wird das verfügbare Haushaltseinkommen mit der so genannten Quadrat-Wurzel-Äquivalenzskala bedarfsangepasst. Sei  $Y$  das verfügbare Haushaltseinkommen und  $h$  die Anzahl der Haushaltsmitglieder, so ergibt sich das bedarfsgewichtete verfügbare Einkommen als  $\frac{Y}{\sqrt{h}}$ .

Information, ob jemals eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert wurde: Diabetes, Asthma, Krebserkrankung, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Bluthochdruck, Demenzerkrankung und Gelenkerkrankungen<sup>6</sup>. Diese Krankheiten werden als potenzielle Risikofaktoren für einen schwereren Krankheitsverlauf angesehen. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Liste jedoch nicht alle Krankheiten beinhaltet (es fehlen z.B. Informationen zu chronische Lebererkrankungen oder Immunschwächen), die mögliche Risikofaktoren darstellen.

Die Studie zeigt Veränderungen vor und nach der Krise grafisch in 7 Abbildungen. Dargestellt sind jeweils die Schätzungen der durchschnittlichen psychischen Gesundheit bzw. des Wohlbefindens basierend auf unterschiedlichen Maßen. Die Punkte geben den durchschnittlich geschätzten Wert pro Jahr und Gruppe an. Die Striche durch die Punkte repräsentieren das sogenannte 95%-Konfidenzintervall (KI). Damit wird die Unsicherheit, die hinter den Schätzungen steht, angegeben. Der tatsächliche Populationsmittelwert liegt mit 95% Wahrscheinlichkeit innerhalb des durch den Strich angegebenen Wertebereichs. Je kürzer die Striche sind, desto genauer die Schätzung; je länger sie sind desto größer ist die statistische Unsicherheit.

## 2 Zufriedenheit mit und Sorgen um die Gesundheit

Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung werden die Teilnehmenden gebeten, zwei Fragen hinsichtlich der Bewertung ihres aktuellen Gesundheitszustandes zu beantworten. Zum einen werden sie gebeten, einzuschätzen wie zufrieden sie gegenwärtig mit verschiedenen Bereichen ihres Leben sind (“Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Gesundheit?”) und zum anderen werden sie gebeten, anzugeben ob sie sich aktuell Sorgen um ihre Gesundheit machen (“Machen Sie sich Sorgen um Ihre Gesundheit?”). Die Antwortmöglichkeiten hinsichtlich der Frage nach der Zufriedenheit variieren von 0 (“ganz und gar unzufrieden”) bis 10 (“ganz und gar zufrieden”). Die Antwortmöglichkeiten hinsichtlich der Frage nach den gesundheitlichen Sorgen variieren von “große Sorgen” (1), über “einige Sorgen” (2) bis zu “keine Sorgen” (3). Für die weiteren Analysen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Gesundheit wurde diese Antwortskala von 0 bis 10 belassen. Für die weitere Analysen hinsichtlich der gesundheitlichen Sorgen wurden die Antworten der Teilnehmenden in zwei Kategorien aufgeteilt: 1. diejenigen Teilnehmenden, die angaben, sich große Sorgen um ihre Gesundheit zu machen und 2. diejenigen Teilnehmenden, die angaben, sich nur einige oder keine Sorgen zu machen. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Anzahl der Teilnehmenden (in Prozent), die angaben, sich große Sorgen um ihre Gesundheit zu machen.

### 2.1 Allgemeine Veränderungen in der Corona Pandemie

Es zeigt sich, dass die Menschen in Deutschland in der durch die Corona-Pandemie ausgelösten Krise insgesamt zufriedener mit ihrer Gesundheit sind als noch in den Jahren zuvor. Im Mittel gaben die Befragten an, sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit zu sein,  $M = 7.39$  ( $SD = 1.98$ ). 2019 lag dieser Wert hingegen noch deutlich niedriger,  $M = 6.57$ ,  $SD = 2.21$ . Auch im

---

<sup>6</sup>Eine genauere Unterscheidung zwischen z.B. Rheuma, das ein Risikofaktor ist, und Arthrose, die keiner ist, ist leider nicht möglich.

Vergleich zu den letzten fünf Jahren ist der Wert im April 2020 deutlich erhöht: die Angaben variierte in der Vergangenheit zwischen 6.53 in 2018 (Minumum) und 6.6 in 2016 (Maximum).

In vergleichbares Bild sieht man auch bei der Betrachtung der Sorgen um die eigene Gesundheit. Im April 2020 geben die Menschen an, sich insgesamt weniger Sorgen um ihre Gesundheit zu machen als vor der Krise. Während im April 2020 nur 9 % der Befragten angaben, sich große Sorgen um ihre Gesundheit zu machen, war diese Einschätzung in den vergangenen Jahren vergleichsweise höher: In 2019 gaben 19 % der Befragten an, sich große Sorgen um ihre Gesundheit zu machen (Insgesamt variieren die Angaben in den letzten fünf Jahren zwischen 16 % in 2018 (Minumum) und 19 % in 2015 (Maximum)).

## **2.2 Risiko - und Schutzfaktoren**

Bereits vor der Krise gab es einige Bevölkerungsgruppen, die systematisch einen geringeren Grad an Zufriedenheit mit und größere Sorgen um ihre Gesundheit berichteten. Dazu gehören Frauen (im Vergleich zu Männern) und Personen aus Haushalten mit niedrigem Einkommen. Die Krise hat zu einem stabilen Anstieg der Zufriedenheit mit der Gesundheit und zu einem stabilen Rückgang der gesundheitlichen Sorgen über alle Bevölkerungsgruppen geführt. Bereits vorher bestandene Unterschiede haben sich nicht verändert, bestehen also weiter.

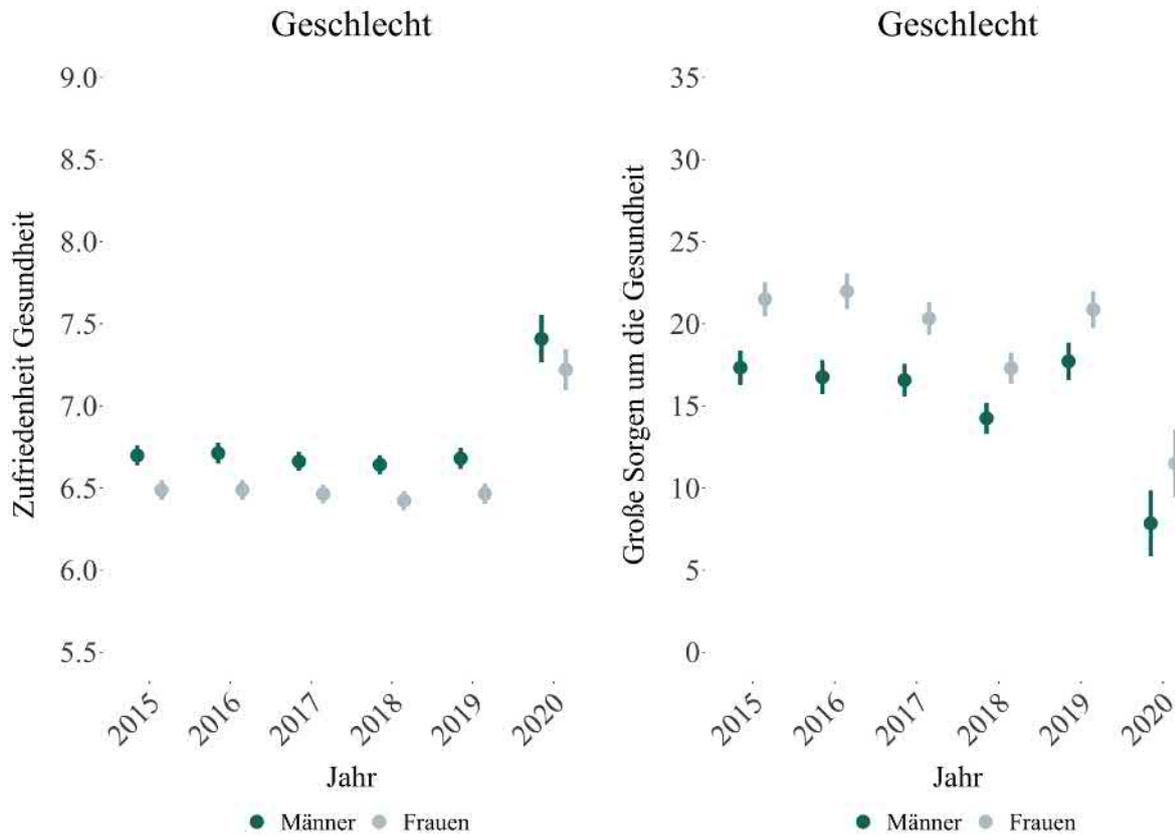
Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, waren Frauen auch in den vergangenen Jahren unzufriedener mit ihrer Gesundheit und machten sich im Durchschnitt stets mehr Sorgen um ihre Gesundheit als Männer. Dieses Muster findet sich auch während der Krise: Männer waren im Durchschnitt zufriedener mit ihrer Gesundheit und gaben an, sich weniger häufig Sorgen um ihre Gesundheit zu machen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich für das Einkommen (Abbildung 2). Wie in den Vorjahren sind Menschen mit niedrigem Einkommen unzufriedener mit ihrer Gesundheit als Menschen mit mittlerem und hohem Einkommen. Darüber hinaus machen sich Menschen mit niedrigem Einkommen vergleichsweise mehr Sorgen um ihre Gesundheit als Menschen mit mittlerem oder hohem Einkommen.

## **2.3 Besondere Risikogruppen**

Im Gegensatz zu den unverändert stabilen Geschlechter- und Einkommensunterschieden zeigt sich hinsichtlich bestimmter Risikofaktoren ein Assimilationseffekt. Während Menschen mit Vorerkrankungen in den Vorjahren stets besorgter um ihre Gesundheit waren als Menschen ohne Vorerkrankungen, negiert sich dieser Unterschied im April 2020. Während der Krise machen sich beide Bevölkerungsgruppen gleich selten große Sorgen um ihre Gesundheit. Dieser Effekt ist jedoch nur für den Bereich Sorgen um die Gesundheit zu finden und nicht für die Zufriedenheit mit der Gesundheit (Abbildung 3). Hier sind Menschen mit Vorerkrankungen nach wie vor weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit als Menschen ohne Vorerkrankungen. Dieser Befund lässt darauf schließen, dass die Einschätzung des aktuellen Ist-Zustandes (Zufriedenheit) zwar nicht von der Krise verändert wird, die Einschätzung eines möglichen Zukunftszustandes jedoch an der Krise relativiert wird.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der Gesundheit und Sorgen um die Gesundheit nach Geschlecht



### 3 Einsamkeit

Einsamkeit beschreibt die Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen<sup>7</sup>. Einsamkeit stellt eine wichtige gesellschaftliche Herausforderung dar, da chronische Einsamkeit Ursache vieler weiterer psychischer und physischer Erkrankungen sein kann.

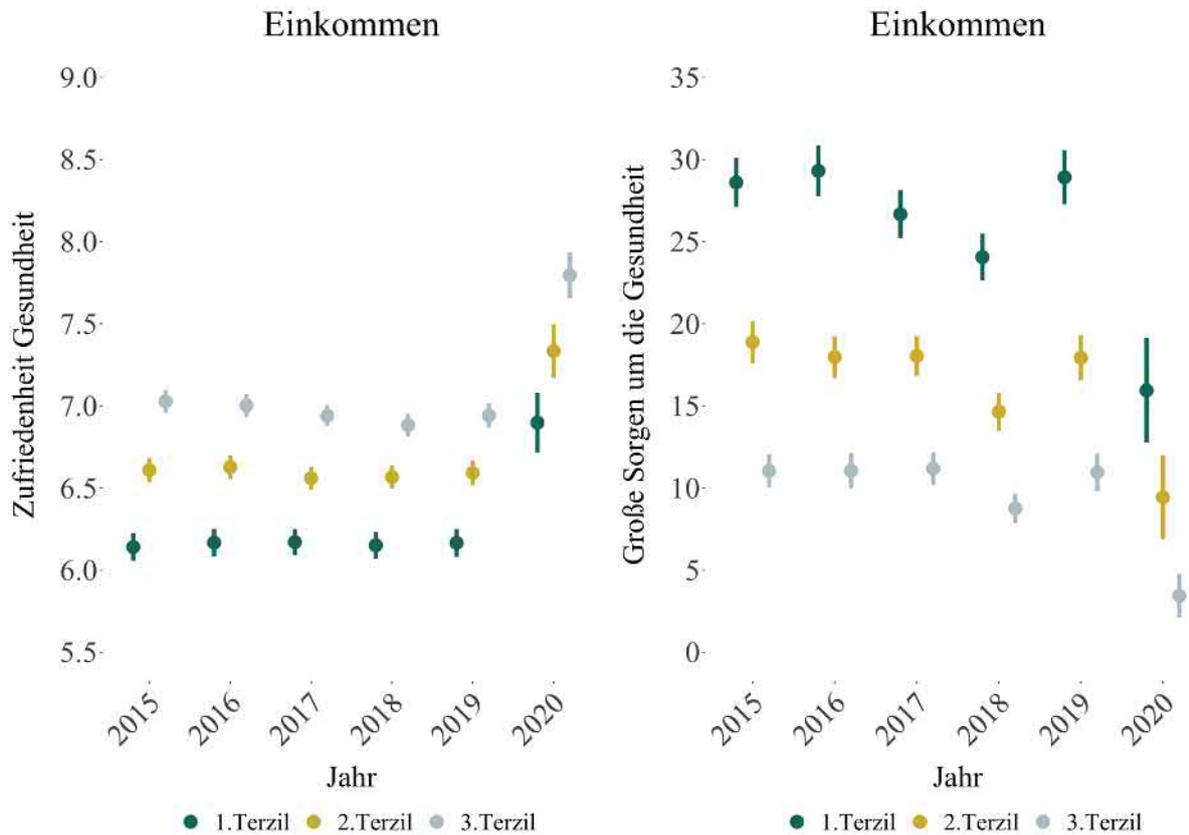
Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung werden die Befragten gebeten, drei Fragen zu ihrer Einsamkeit mithilfe einer fünf-stufigen Antwortskala (“Nie” = 0 bis “Sehr oft” = 4) zu beantworten. Die drei Fragen lauten wie folgt:

1. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?
2. Wie oft haben Sie das Gefühl, außen vor zu sein?
3. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Sie sozial isoliert sind?

Die Antworten auf alle drei Fragen wurden für die folgenden Analysen zu einem Einsamkeitsindex für jede Person aufsummiert (mögliche Werte zwischen 0 und 12, höhere Werte entsprechen größerer Einsamkeit). Im SOEP wurde Einsamkeit in den letzten fünf Jahren nur

<sup>7</sup>Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Loneliness. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (p. 227–240). The Guilford Press.

**Abbildung 2: Zufriedenheit mit der Gesundheit und Sorgen um die Gesundheit nach Einkommen**



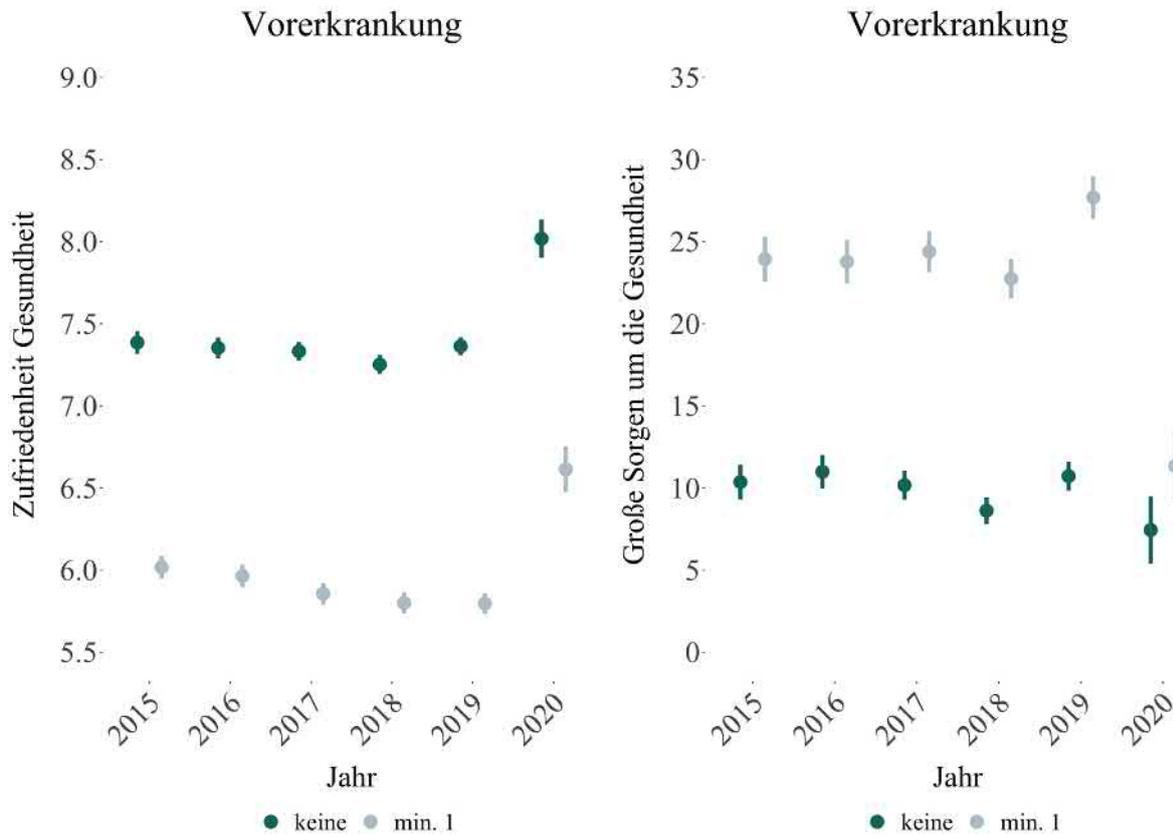
zu einem weiteren Zeitpunkt erhoben (2017), so dass für die vorliegenden Analysen nur mit diesem Jahr verglichen werden können.

### 3.1 Allgemeine Veränderungen in der Corona Pandemie

Im Vergleich zum Jahr 2017 zeigte sich, dass die Einsamkeit der in Deutschland lebenden Menschen während der Krise über alle Bevölkerungsgruppen hinweg deutlich angestiegen ist. Während die in Deutschland lebenden Menschen im Jahr 2017 im Mittel relativ selten einsam waren ( $M = 3$ ,  $SD = 2.28$ ), zeigt sich während der Corona Krise ein deutlicher Anstieg der Einsamkeit ( $M = 5.42$ ,  $SD = 2.57$ ).

Bei diesem Anstieg handelt es sich um einen Anstieg um fast eine Standardabweichung – was in etwa bedeutet, dass eine Person, die im April 2020 Durchschnittlich einsam ist, vor Corona im Jahr 2017 zu den 15% der einsamsten Menschen in Deutschland gezählt hätte. Es gilt daher in den Folgewochen weiter zu beobachten, ob sich die gestiegene Einsamkeit als Ursache für weitere psychische Erkrankungen erweisen wird oder lediglich widerspiegelt, dass aufgrund der gesetzlich geltenden Kontaktbeschränkungen und sich mit Aufheben der Beschränkungen auch das subjektiv empfundene Einsamkeitsgefühl wieder abschwächen wird.

Abbildung 3: Zufriedenheit mit der Gesundheit und Sorgen um die Gesundheit nach Vorerkrankung



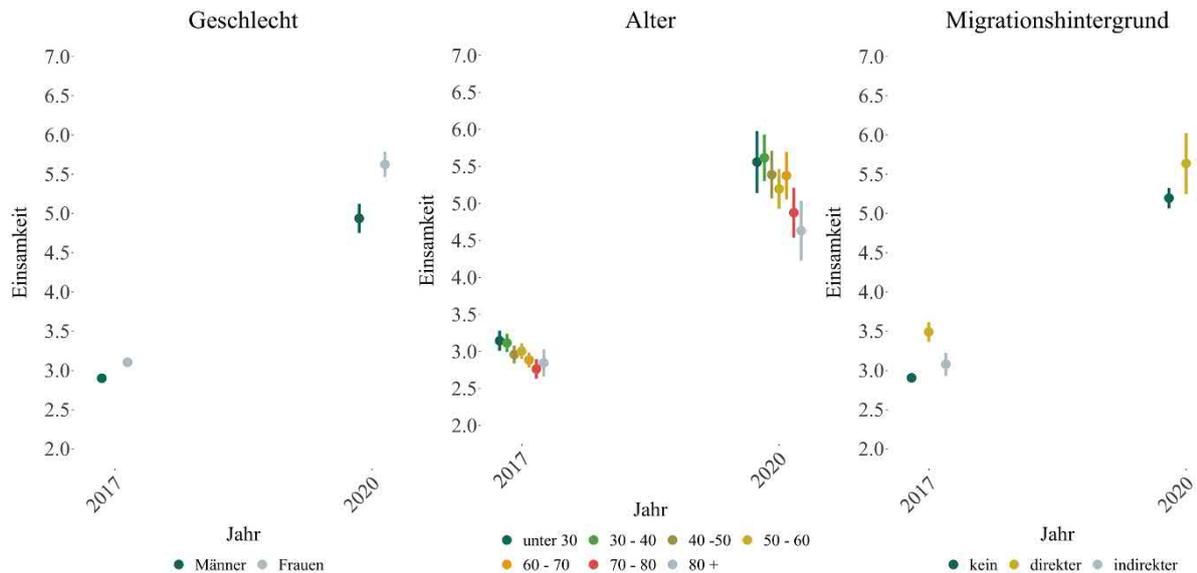
### 3.2 Risiko - und Schutzfaktoren

Hinsichtlich besonderer Risikofaktoren zeigt sich, dass Frauen von einem noch stärkeren Anstieg der Einsamkeit betroffen sind als Männer (Abbildung 4). Frauen waren zwar bereits in den Vorjahren tendenziell einsamer als Männer, diese Tendenz verstärkte sich allerdings während der Krise.

Hinsichtlich des Alters wird gemeinhin angenommen, dass insbesondere ältere Menschen besonders einsam sind, da sie nur noch eingeschränkt Kontakt zu anderen Menschen haben<sup>8</sup>. Interessanterweise zeigt sich während der Krise ein umgekehrtes Bild. Insbesondere jüngere Menschen gaben im April 2020 an, besonders einsam zu sein und unter fehlenden sozialen Beziehungen zu leiden (Abbildung 4). In den vergangenen Jahren war Einsamkeit dahingegen in allen Altersgruppen relativ gleich ausgeprägt. Einen vor und über die Krise stabilen Unterschied in der Einsamkeit konnte auch für Menschen mit (direktem) Migrationshintergrund gefunden werden.

<sup>8</sup>Crewdson, J. A. (2016). The effect of loneliness in the elderly population: A review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8, 1-8. Maïke Luhmann, Louise C. Hawkley. 2016: Age Differences in Loneliness From Late Adolescence to Oldest Old Age. *Developmental Psychology* 52 (6), 943-959.

Abbildung 4: Einsamkeit nach Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund

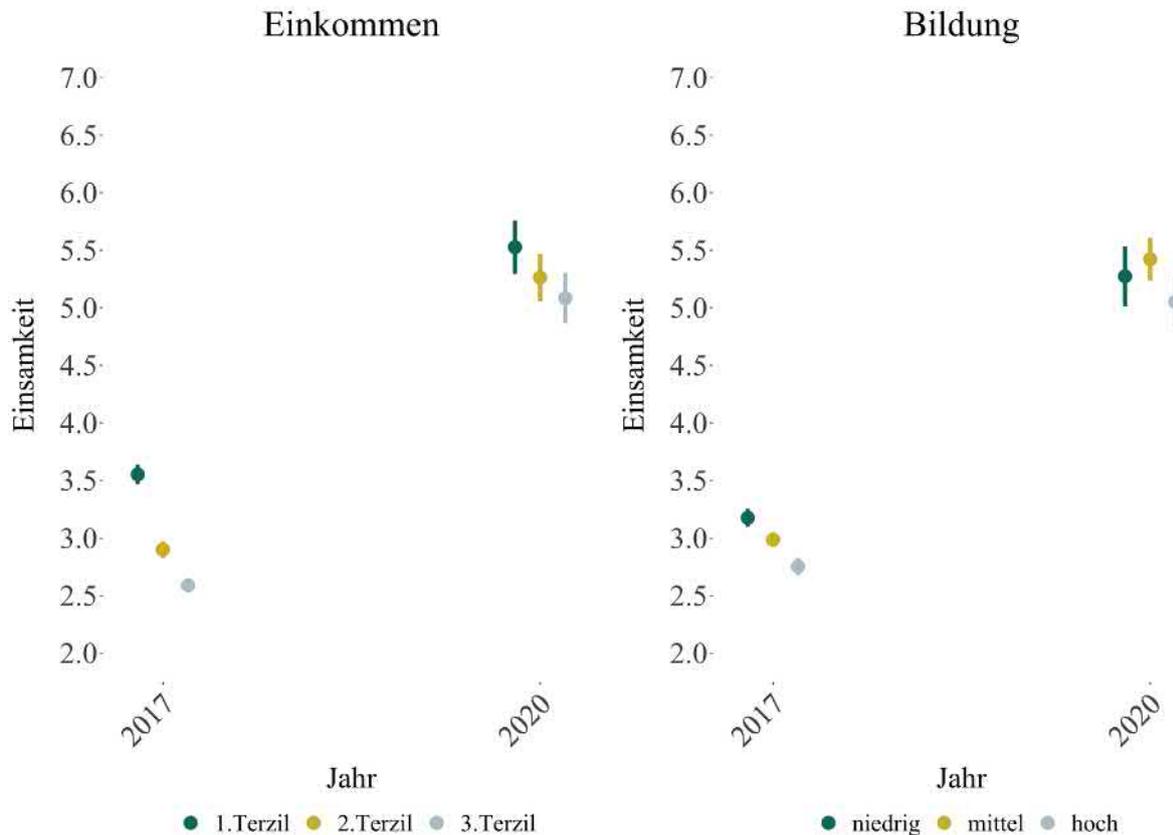


Ein hohes Haushaltseinkommen und hohe Bildung waren in den vergangenen Jahren ein Schutzfaktor vor Einsamkeit. Menschen, die aus einem Haushalt mit hohem Einkommen stammen, gaben durchschnittlich an, weniger einsam zu sein als Menschen, die aus einem Haushalt mit niedrigem Einkommen stammen. Die Daten der SOEP-CoV-Studie deuten darauf hin, dass sich diese Unterschiede in der Krise verringert haben (Abbildung 5).

### 3.3 Besondere Risikogruppen

Vielfach wurde in den letzten Woche diskutiert, ob insbesondere Menschen mit Vorerkrankungen auch hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit besonders von der Krise betroffen seien. Da diese Personengruppe ein höheres Risiko für einen schweren Verlauf mit Covid19 trägt, wurde angenommen, dass sie noch stärker als andere Personengruppen auf ihre Gesundheit achten und deshalb weitestgehend soziale Kontakte vermeiden. Aufgrund der stärkeren Selbstisolation wurde angenommen, dass diese Menschen auch einsamer seien als Menschen ohne Vorerkrankungen. Die vorliegenden Analysen zeigen jedoch, dass es vor der Krise nur sehr kleine Unterschiede in der Einsamkeit zwischen Menschen mit und ohne Vorerkrankungen gab, und dass diese Unterschiede während der Krise verschwinden. Für Menschen, die angaben schon einmal mit einer Depression diagnostiziert worden zu sein, war die Einsamkeit vor der Krise bereits erhöht (Abbildung 6). Die vorliegenden Analysen zeigen, dass dieses Muster

Abbildung 5: Einsamkeit nach Einkommen und Bildung



sich auch während der Covid19 Krise repliziert – jedoch verstärkte es sich nicht weiter.

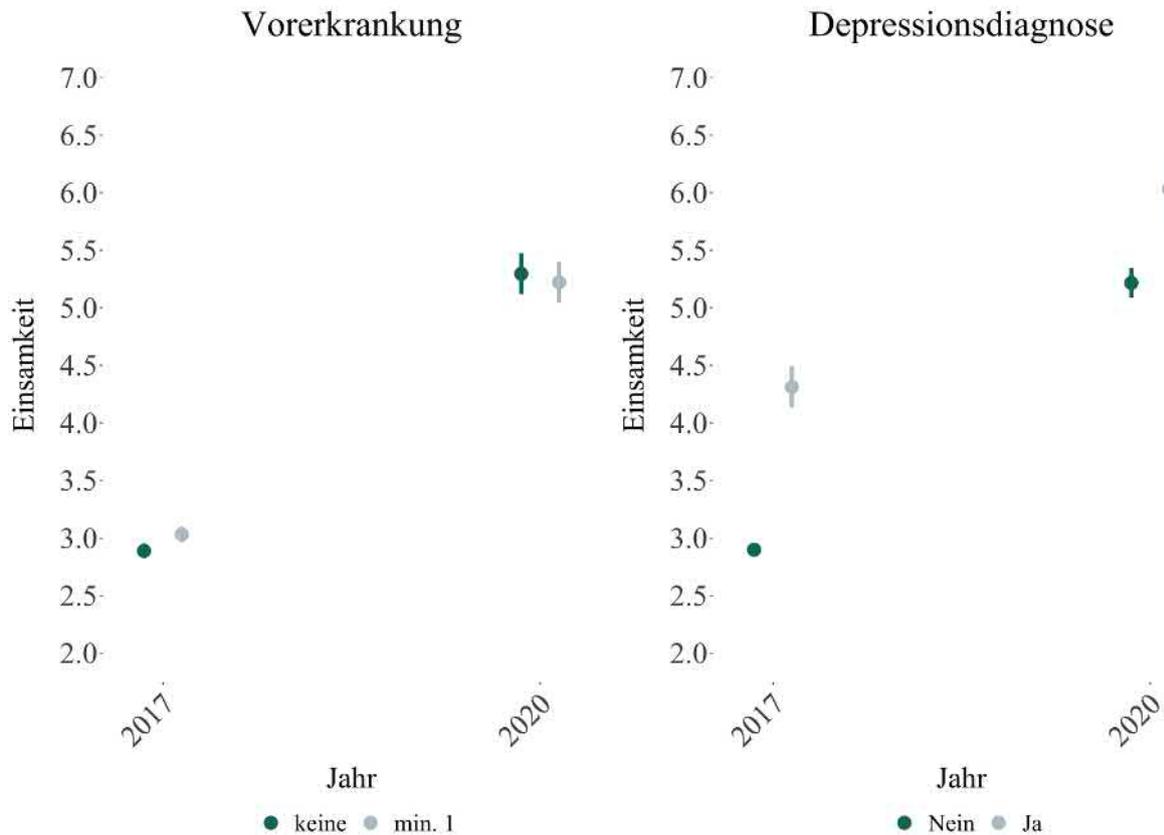
## 4 Depression & Angstsymptomatik

Ca. 25% aller Menschen leiden in ihrem Leben einmal an einer Depression oder Angststörung. Beide psychischen Erkrankungen gehen mit hohen persönlichen, sozialen und ökonomischen Kosten einher<sup>9</sup>. Aufgrund dessen ist es eine wichtige gesellschaftliche Herausforderung, Menschen mit einer solchen psychischen Erkrankung frühzeitig zu identifizieren und ihnen Hilfe zukommen zu lassen.

Um zu analysieren, welche Auswirkung die durch die Corona Pandemie ausgelöste Krise auf Depressions- und Angstsymptome hat, wurde wie folgt vorgegangen. Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung werden die Teilnehmenden gebeten, den PHQ-4 Fragebogen auszufüllen, ein oft eingesetztes Instrument zum Screening von Depressionen und (generalisierten) Angststörungen. Ein Screeninginstrument bedeutet, dass die Antworten auf die Fragen als erste Indikatoren einer Depressions- oder Angstsymptomatik gewertet werden können, nicht jedoch als klinische Diagnose einer bestehenden psychischen Erkrankung. Der Fragebogen besteht aus vier Fragen und die Befragten werden gebeten anzugeben, wie oft

<sup>9</sup>WHO, 2008, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Abbildung 6: Einsamkeit nach Vorerkrankungen



sie in den letzten zwei Wochen verschiedene Symptome (z.B. “Wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten” oder “Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung”) verspürt haben. Die Fragen werden mithilfe einer 4-stufigen Antwortskala von “überhaupt nicht” (0) über “an einigen Tagen” (1) und “an mehr als der Hälfte der Tage” (2) bis zu “fast jeden Tag” (3) beantwortet. Für die Auswertung wurden die Antworten auf jede Frage zu einem Summenscore zusammengefasst (mögliche Werte zwischen 0 und 12, höhere Werte entsprechen stärkeren Depressions- und Angstsymptomen). Der PHQ-4 wurde im SOEP in 2016 und 2019 erfasst, sodass ein Vergleich der bestehenden Symptome im April 2020 mit zwei zurückliegenden Referenzjahren möglich ist.

#### 4.1 Allgemeine Veränderungen durch die Corona Pandemie

Es zeigt sich, dass die durch die Corona Pandemie ausgelöste Krise dazu führt, dass die in Deutschland lebenden Menschen insgesamt stärkere Depressions- und Angstsymptomatik zeigen als noch im Vorjahr. Der Durchschnitt der Depressions- und Angstsymptomatik lag während der Krise bei  $M = 2.41$  ( $SD = 2.13$ ) und ist damit deutlich höher als noch 2019 wo der Wert bei  $M = 1.93$  ( $SD = 2.33$ ) lag. Insgesamt ist der am April 2020 zu verzeichnende Anstieg jedoch nicht außergewöhnlich hoch, sondern zu vergleichen mit der Depressions- und Angstsymptomatik in 2016. Damals lag der Wert bei  $M = 2.29$  ( $SD = 2.28$ ).

## 4.2 Risiko - und Schutzfaktoren

Hinsichtlich der Schutz- und Risikofaktoren replizieren sich die bereits bestehenden Befunde. Dies bedeutet, dass die Krise sich auf alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen auswirkt (einzige Ausnahme siehe unten, Kapitel 4.3). Es sei jedoch darauf verwiesen, dass die Befunde aus dem April 2020 noch mit größeren Unsicherheiten behaftet sind als Befunde aus den Vorjahren (größere Konfidenzintervalle). Es ist daher möglich, dass evtl. bereits bestehende Unterschiede aufgrund dieser Unsicherheit (noch) nicht aufgezeigt werden können.

## 4.3 Besondere Risikogruppen

Wie bereits in 4.2 beschrieben, replizieren sich die bestehenden Unterschiede in den meisten Analysen. Als einziger Unterschied zu den beiden Vorjahren zeigt sich jedoch, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund mit einer gesteigerten Depressions- und Angstsymptomatik auf die Krise reagieren.

# 5 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

## 5.1 Wohlbefinden

Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung wird ebenfalls das aktuelle emotionale Wohlbefinden der Teilnehmenden gemessen. Dazu werden Ihnen folgende Fragen gestellt: “Geben Sie bitte jeweils an, wie häufig oder selten Sie dieses Gefühl in den letzten vier Wochen erlebt haben: (1) ärgerlich, (2) wütend, (3) glücklich, (4) traurig. Den Teilnehmenden steht zur Beantwortung der Fragen eine 5-stufige Skala von “sehr selten” (1) bis “sehr oft” (5) zur Verfügung. Die Antworten auf die Frage nach der Erlebeshäufigkeit von negativen Emotionen (Ärger, Wut, Trauer) wurden für die Analysen umgekehrt, so dass hohe Werte einer niedrigen Zahl entsprachen. Die Antworten der Teilnehmenden wurden im Anschluss zu einem Summenwert zusammengefasst (mögliche Werte zwischen 4 und 20, höhere Werte entsprechen größerem affektivem Wohlbefinden). In anderen Worten gibt der Summenwert an, wie häufig in den letzten vier Wochen positive Emotionen und wie selten negative Emotionen empfunden wurden.

Interessanterweise zeigte sich, dass sich das emotionale Wohlbefinden der in Deutschland lebenden Menschen im Vergleich zu den Vorjahren nicht verändert hat. Im April 2020 berichteten die Befragten ihr Wohlbefinden im Durchschnitt mit  $M = 14.71$  ( $SD = 2.75$ ). In 2019 berichteten sie ihr Wohlbefinden mit  $M = 14.67$  ( $SD = 2.7$ ) (Insgesamt variierten die Angaben in den letzten fünf Jahren zwischen 14.48 in 2016 (Minimum) und 14.67 in 2019 (Maximum)).

## 5.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit

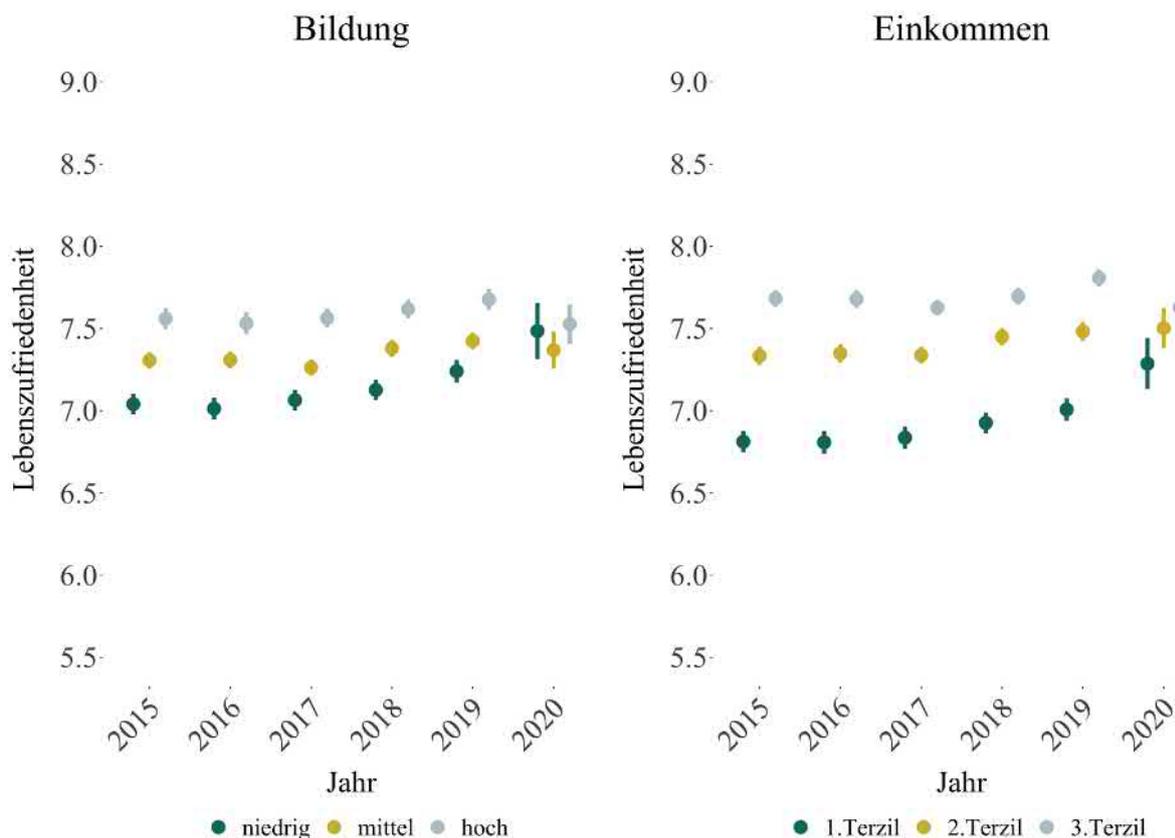
Die allgemeine Lebenszufriedenheit beschreibt die aktuelle Gesamtbeurteilung des eigenen Lebens. Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung wird die Lebenszufriedenheit mit der Frage “Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?” erfasst.

Die Befragten können auf einer Skala von 0 (“ganz und gar unzufrieden”) bis 10 (“ganz und gar zufrieden”) antworten.

Insgesamt zeigte sich, dass sich die allgemeine Lebenszufriedenheit im Vergleich zum Vorjahr im April 2020 nicht verändert hat. Im April 2020 berichteten die Befragten im Durchschnitt eine allgemeine Lebenszufriedenheit von  $M = 7.41$  ( $SD = 1.61$ ). Im Vergleich lag die Lebenszufriedenheit in 2019 bei  $M = 7.43$  ( $SD = 1.69$ ) (Insgesamt variierten die Angaben in den letzten fünf Jahren zwischen 7.27 in 2015 (Minimum) und 7.43 in 2019 (Maximum)<sup>10</sup>.

Obwohl es keine Veränderung in der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit der in Deutschland lebenden Menschen gibt, finden sich zwei interessante Assimilationseffekte. Insbesondere zeigt sich im April 2020, dass sozioökonomischen Unterschiede im Bildungsniveau und zwischen Einkommensgruppen weniger Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben als noch vor der Krise. Personen mit niedriger Bildung und Personen mit niedrigem Einkommen gaben im Vergleich zu den Vorjahren während der Krise eine leicht höhere Lebenszufriedenheit an, während Personen mit hoher Bildung bzw. Personen mit hohem Einkommen eine leicht verringerte Lebenszufriedenheit berichteten (Abbildung 7).

**Abbildung 7: Lebenszufriedenheit nach Bildung und Einkommen**



<sup>10</sup>Maximilian Priem, Franziska Kaiser & Jürgen Schupp (2020): Zufriedener denn je – Lebensverhältnisse in Deutschland 30 Jahre nach dem Mauerfall. Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI), Ausgabe 64, 7-15.

## 6 Diskussion

In den vergangenen Wochen wurden die Auswirkungen der Krise auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit vielfältig diskutiert<sup>11</sup>. Allgemeinhin wurde befürchtet, dass es Menschen während der Krise schlechter gehen werde und sich Depressions- und Angstsymptomatiken in der Bevölkerung ausbreiten könnten. Als Ursachen für diese Verschlechterung wurden die krisenbedingte berufliche und wirtschaftliche Unsicherheit, der zunehmende Stress durch Doppelbelastungen im Homeoffice und Kinderbetreuung sowie die aufgrund des Lockdowns fehlenden sozialen Kontakte genannt.

Die vorliegenden Analysen sind die ersten repräsentativen deutschlandweiten Analysen, die es ermöglichen, die tatsächliche Veränderung des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit unmittelbar nach Inkrafttreten der Kontaktbeschränkungen abzuschätzen. Durch ein Anspielen der SOEP-CoV Daten an die SOEP Daten der Vorjahre war es erstmals möglich die tatsächlichen Veränderungen im Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen abzuschätzen.

Insgesamt zeigen die vorliegenden Analysen, dass der befürchtete Anstieg in der Depressions- und Angstsymptomatik bisher empirisch anhand unserer Befragungsdaten nicht festgestellt werden kann. Zwar gaben die Befragten an, Depressions- und Angstsymptome im April 2020 etwas häufiger zu empfinden als noch im Vorjahr, die Befunde aus dem April 2020 sind jedoch vergleichbar zu den aus anderen Vorjahresbefragungen. Darüber hinaus zeigt sich, dass sich auch das Wohlbefinden der in Deutschland lebenden Menschen im April 2020 nicht maßgeblich verändert hat: die Lebenszufriedenheit und das emotionale Wohlbefinden befindet sich während der Krise auf dem Niveau der Vorjahre.

Interessanterweise zeigt sich über diese beiden Befunde hinaus auch ein überraschender Effekt der Krise. Die in Deutschland lebenden Menschen sind im April 2020 zufriedener mit ihrer Gesundheit und machen sich außerdem weniger häufig große Sorgen um diese als in den Vorjahren. Die Reduktion der Sorgen um die Gesundheit und die gestiegene Zufriedenheit mit der Gesundheit sind möglicherweise auf Kontrasteffekte zurückzuführen. So ist es denkbar, dass die in Deutschland lebenden Menschen ihre Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit im April 2020 an der Möglichkeit, an dem Virus zu erkranken, relativieren. Da die Covid-19 Erkrankung als besonders schwer angesehen wird, wirken die eigenen gesundheitlichen Probleme weniger relevant und die Zufriedenheit steigt. Darüber hinaus ist es außerdem möglich, dass es sich bei der im April 2020 beobachteten Reduktion der gesundheitlichen Sorgen um eine Vermeidungsstrategie handelt, durch die sich die Befragten selbst versichern, bisher nicht an dem Virus erkrankt zu sein.

Die vorliegenden Analysen liefern jedoch auch einen Anlass zur Besorgnis. Dieser bezieht sich auf die Einsamkeit der in Deutschland lebenden Menschen, die im Vergleich zum Vorjahr erheblich angestiegen ist. Da anhaltende Einsamkeit eine Ursache vieler anderer psychischer und physischer Erkrankungen sein kann, ist es unerlässlich diesen Anstieg weiter im Blick zu behalten, um ggfs. zu intervenieren zu können.

Hinsichtlich der differenzierten Analysen der verschiedenen sozioökonomischen Gruppierungsva-

---

<sup>11</sup>vgl. Der Spiegel am 20. Mai 2020, Die Süddeutsche am 20. April 2020, FAZ am 20. März 2020 usw.

riablen zeigten sich drei Muster: Erstens konnten sich in vielen Bereichen keine Veränderungen bestehender Unterschiede identifiziert werden. Beispielsweise zeigte sich hinsichtlich des Geschlechts, dass Frauen insgesamt weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit sind und sich auch häufiger große Sorgen um diese machen als Männer. Ähnlicherweise zeigte sich hinsichtlich des Alters, dass sich alte Menschen im Vergleich zu jungen Menschen mehr Sorgen um ihre Gesundheit machen, weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit sind und seltener einsam sind. Hinsichtlich der Bildung und des Einkommens wurde offenbar, dass Menschen mit niedriger Bildung und Personen mit niedrigem Einkommen häufiger an Depressions- und Angstsymptomen leiden, als Menschen mit mittlerer oder hoher Bildung und Einkommen. Darüber hinaus sind sie insgesamt weniger Zufrieden mit ihrer Gesundheit. Wichtig ist, dass diese Unterschiede bereits in den Vorjahren bestanden und deshalb nicht auf die Krise zurückgeführt werden können.

Zweitens zeigten sich einzelne Assimilationseffekte. So war es in den Vorjahren stets so, dass Menschen mit niedriger Bildung und Menschen mit niedrigem Einkommen eine niedrigere Lebenszufriedenheit und ein niedrigeres Wohlbefinden aufwiesen als Menschen mit hoher Bildung und Menschen mit hohem Einkommen. Während der Krise wird deutlich, dass das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Menschen mit niedriger Bildung und Menschen mit niedrigem Einkommen gestiegen ist, während das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Menschen mit hoher Bildung und Menschen mit hohem Einkommen tendenziell gesunken ist. Menschen mit niedriger Bildung und Menschen mit niedrigem Einkommen scheinen also kurzfristig von der Krise zu profitieren. Eine Ursache für diesen Effekt könnte eine kurzfristig verringerte Arbeitsbelastung (ohne direkte wirtschaftliche Sorgen) und dadurch gesunkener Stress sein. Eine weitere mögliche Ursache für diesen Effekt könnte evtl. eine Veränderung der Referenzgruppe sein. Bewertungen der eigenen Situation entstehen in der Regel durch einen Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen. Es ist möglich, dass während der Krise diese Vergleiche vor allem mit an Covid-19 Erkrankten vorgenommen werden, statt mit gesunden sozial ähnlich oder ggfs. besser gestellten Referenzgruppen und dadurch positiver ausfallen als vor der Krise.

Drittens lässt sich konstatieren, dass einige wenige Bevölkerungsgruppen als besondere Risikogruppen identifiziert werden konnten. So zeigte sich, dass Frauen (im Vergleich zu Männern) im April 2020 besonders einsam sind und das insbesondere Menschen mit direktem Migrationshintergrund während der Krise besonders häufig von Depressions- und Angstsymptomen berichten. Diese Unterschiede fanden sich in den Vorjahren nicht und sollten daher zukünftig besonders beobachtet werden.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich die Krise im April 2020 (1.4 bis 26.4.2020) nicht so stark auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen ausgewirkt hat, wie bisher angenommen. Es ist jedoch möglich, dass sich die Folgen der Krise für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit erst zukünftig stärker in der Bevölkerung niederschlagen werden. Im April 2020 sind viele Arbeitsplätze durch Kurzarbeit und Hilfspakete des Bundes und der Länder gesichert, sodass viele Menschen nicht akut von einem Arbeitsplatzverlust bedroht sind. Sollten zukünftig trotz der verschiedenen Maßnahmenpakete viele Arbeitsplätze durch die Krise verloren gehen, werden auch die wirtschaftlichen Sorgen und Ängste in der Bevölkerung steigen – und mit

ihnen ggfs. auch die psychischen Erkrankungen. So zeigte sich auch Mitte der 2000er Jahre während der wirtschaftlichen Rezession ein messbarer Rückgang der Lebenszufriedenheit der in Deutschland lebenden Menschen. Wie bereits erwähnt zeigen die vorliegenden Analysen darüber hinaus, dass die Einsamkeit bereits heute erheblich angestiegen ist. Anhaltende Einsamkeit ist vielfach eine Ursache vieler anderer psychischer Erkrankungen. Es ist also denkbar, dass sich die gestiegene Einsamkeit – sollte sie nicht wieder zurückgehen – langfristig auf das Wohlergehen und die psychische Gesundheit auswirken wird.

Obwohl es also im April 2020 weniger Grund zur Sorge gibt als bisher angenommen, sollten Wohlbefinden und psychische Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen aufgrund der unklaren zukünftigen Entwicklung der Krise und ihrer unsicheren Auswirkungen auf die soziale und wirtschaftliche Situation der in Deutschland lebenden Menschen weiter beobachtet werden.

## 7 Appendix - Vergleich der Zeitreihen mit dem gesamten und nur dem SOEP-CoV-Sample

Abbildung 8: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht (SOEP-CoV-Sample rechts)

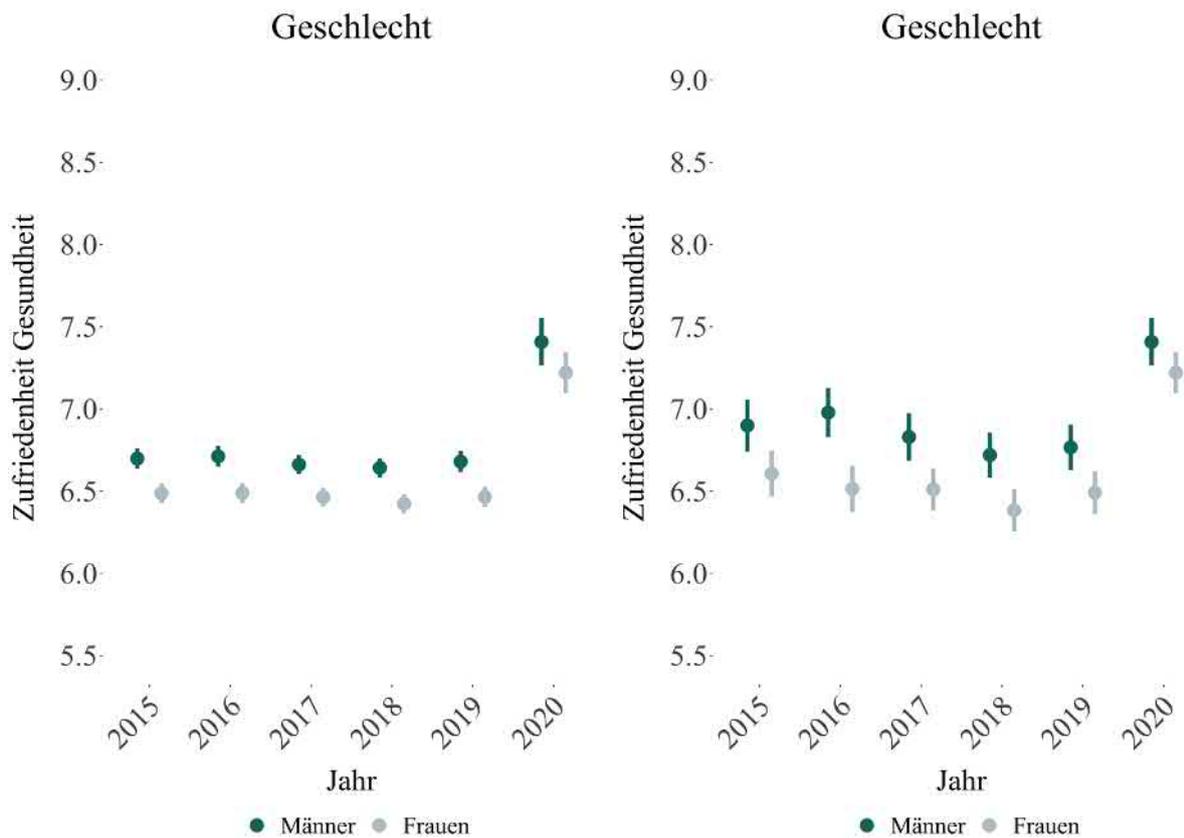


Abbildung 9: Sorgen um die Gesundheit nach Geschlecht (SOEP-CoV-Sample rechts)

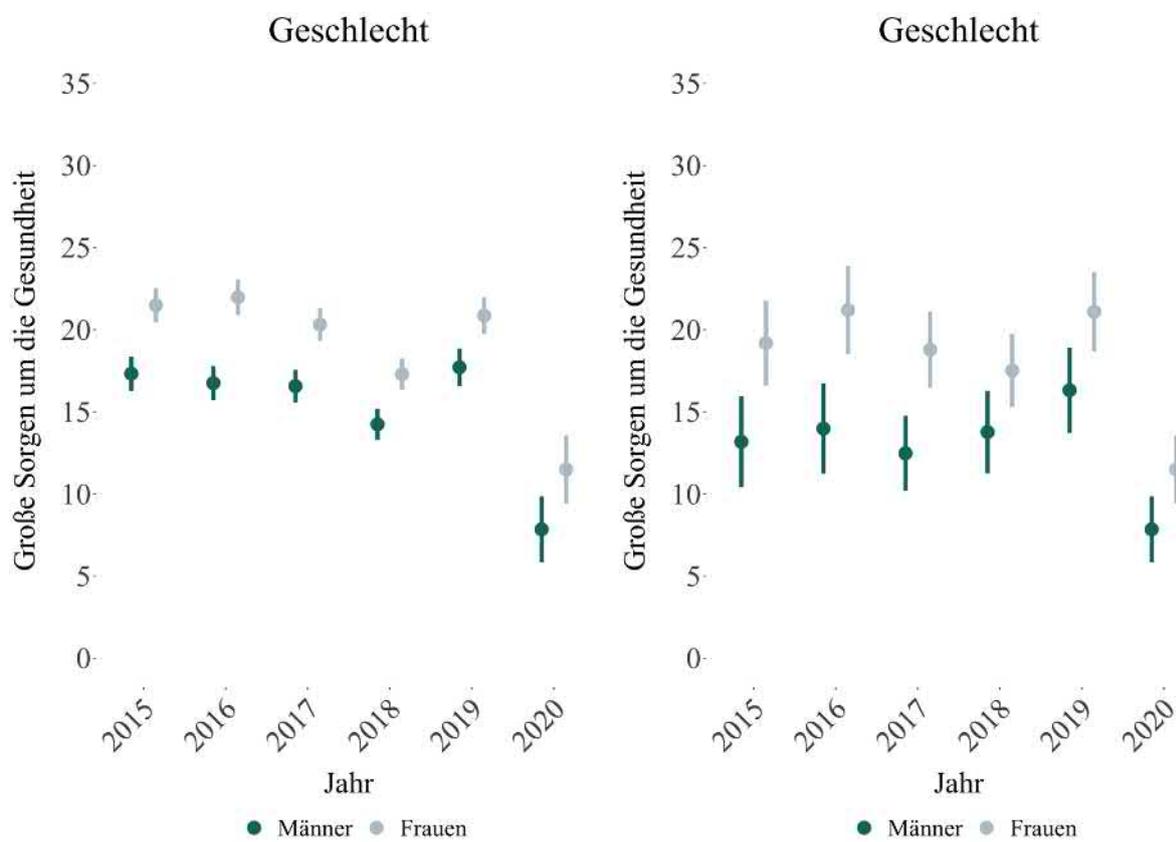


Abbildung 10: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Einkommen (SOEP-CoV-Sample rechts)

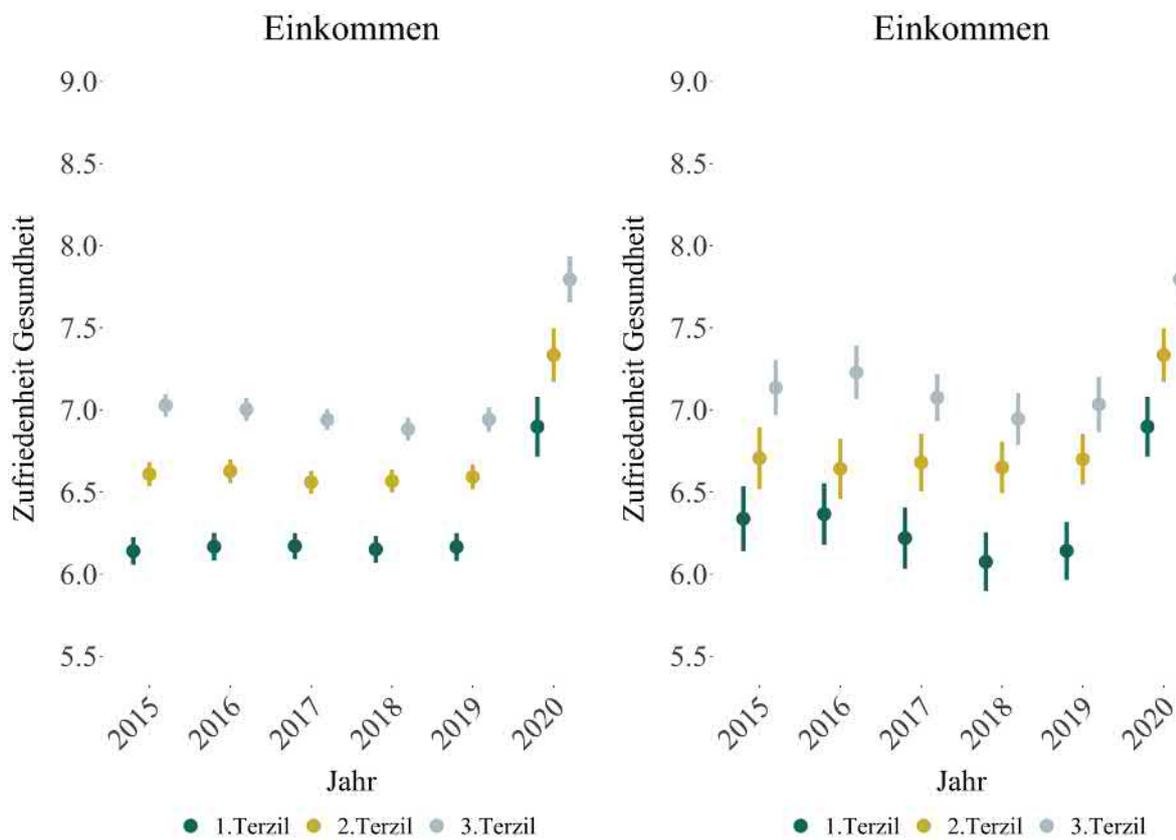


Abbildung 11: Sorgen um die Gesundheit nach Einkommen (SOEP-CoV-Sample rechts)

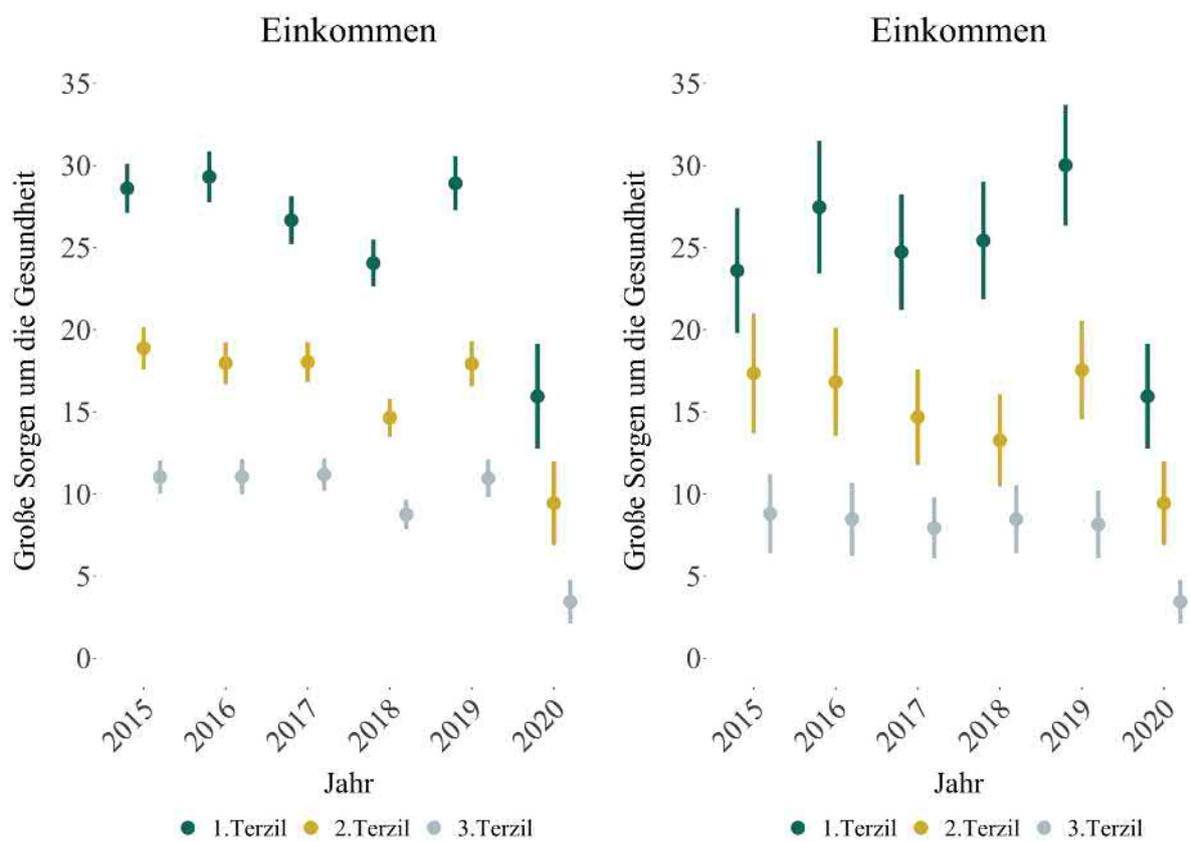


Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Vorerkrankung (SOEP-CoV-Sample rechts)

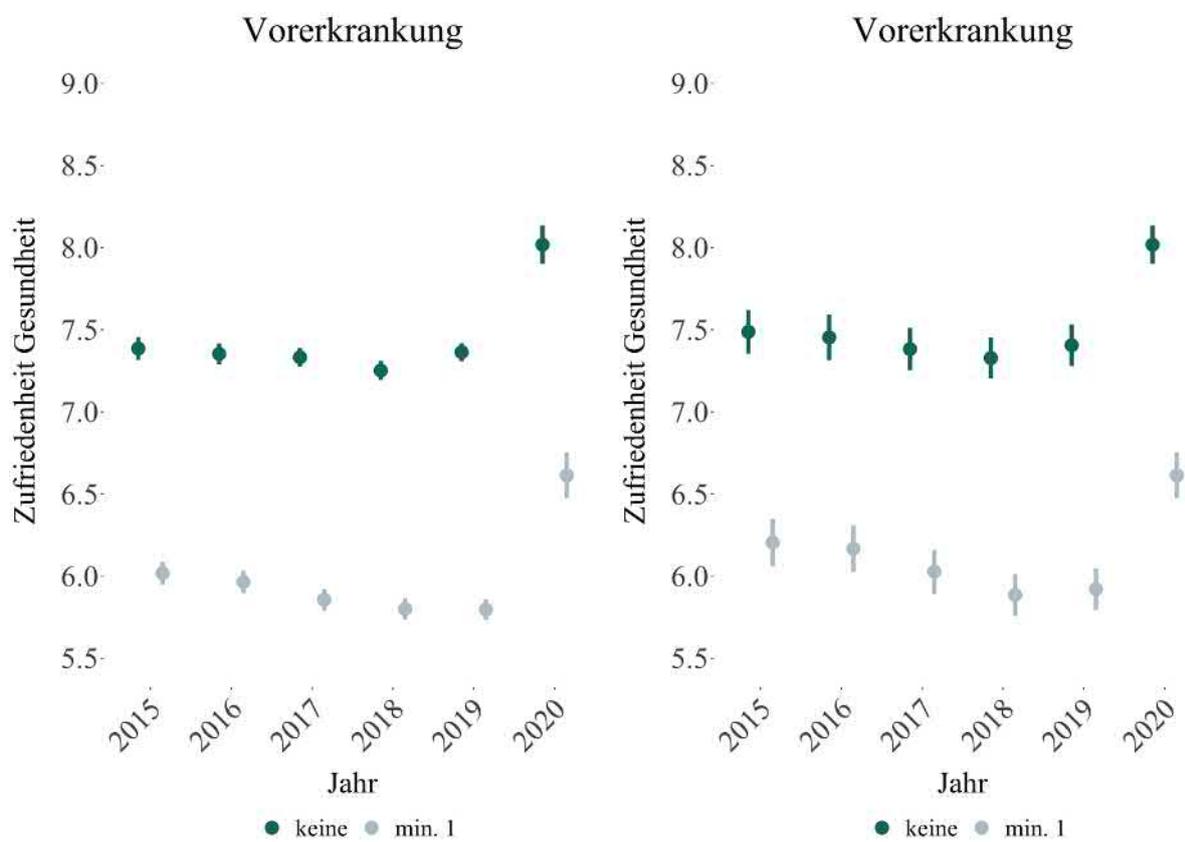


Abbildung 13: Sorgen um die Gesundheit nach Vorerkrankung (SOEP-CoV-Sample rechts)

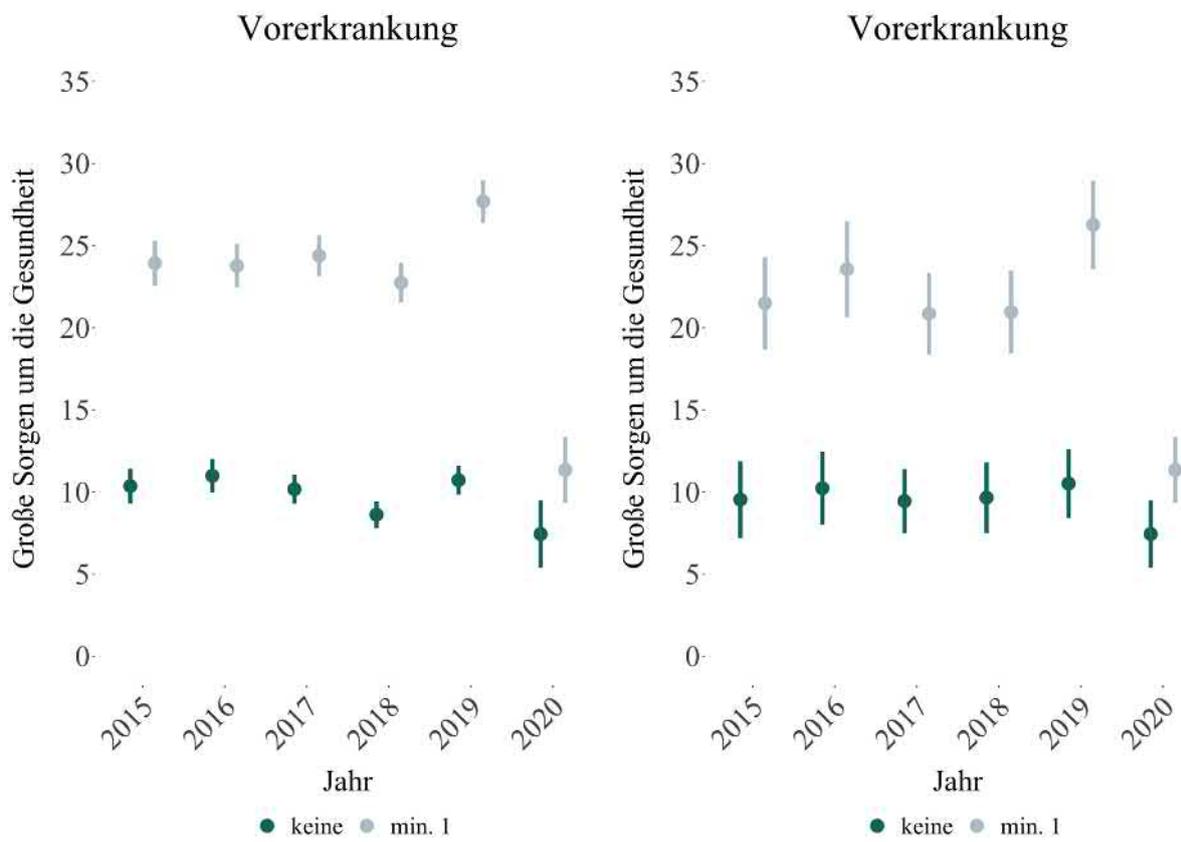


Abbildung 14: Einsamkeit nach Geschlecht (SOEP-CoV-Sample rechts)

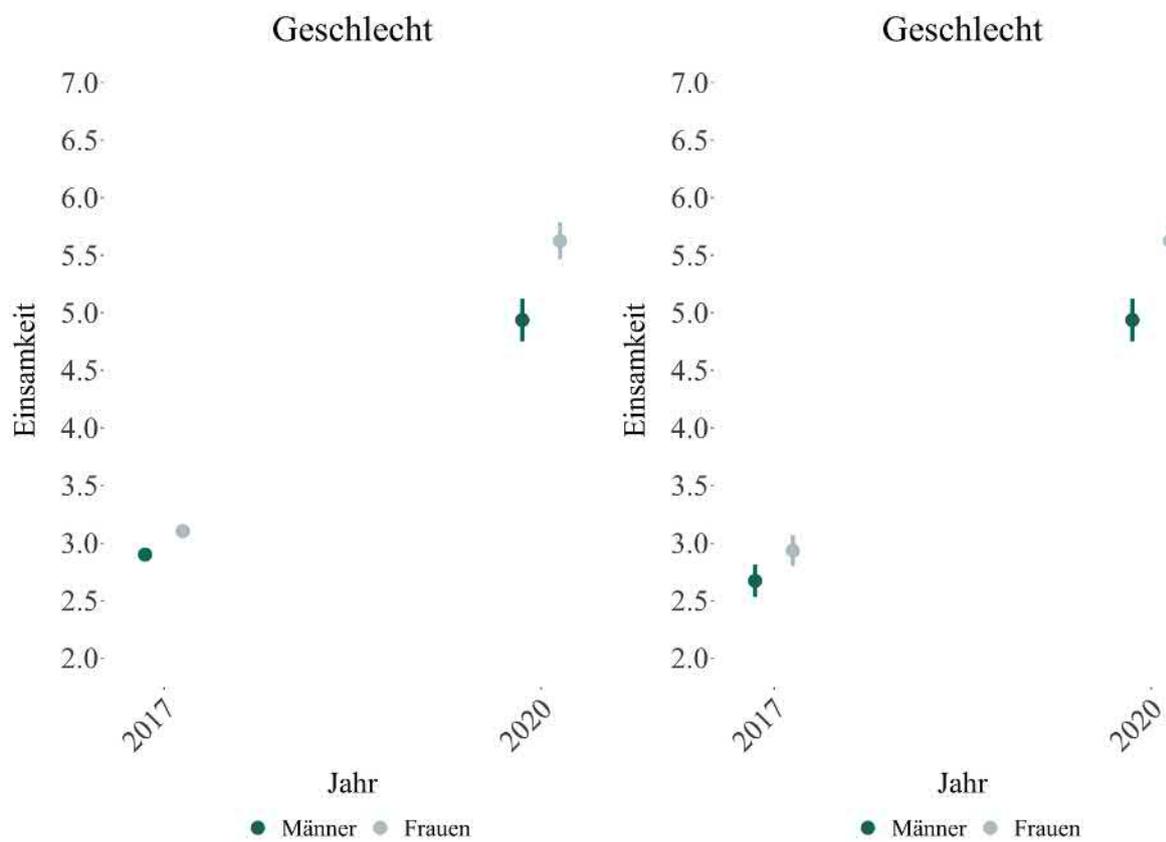


Abbildung 15: Einsamkeit nach Alter (SOEP-CoV-Sample rechts)

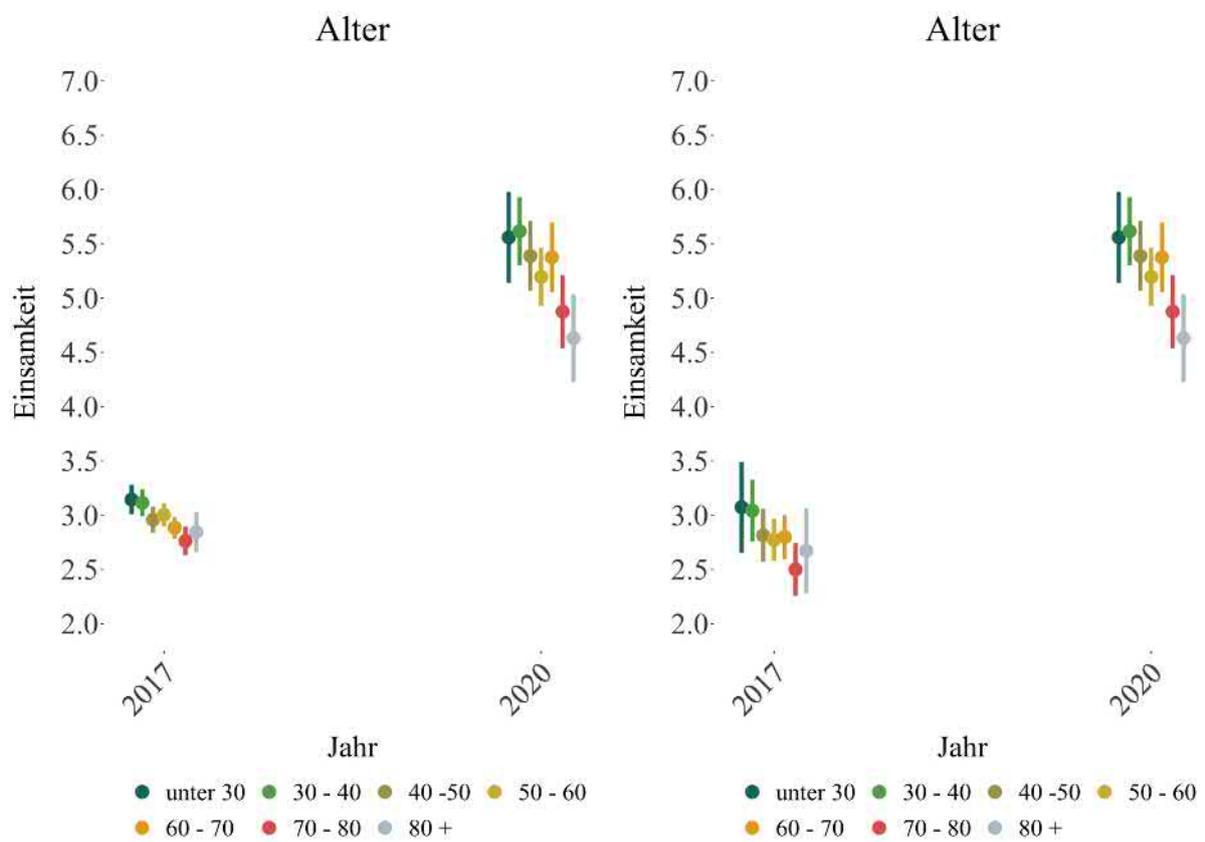


Abbildung 16: Einsamkeit nach Migrationshintergrund (SOEP-CoV-Sample rechts)

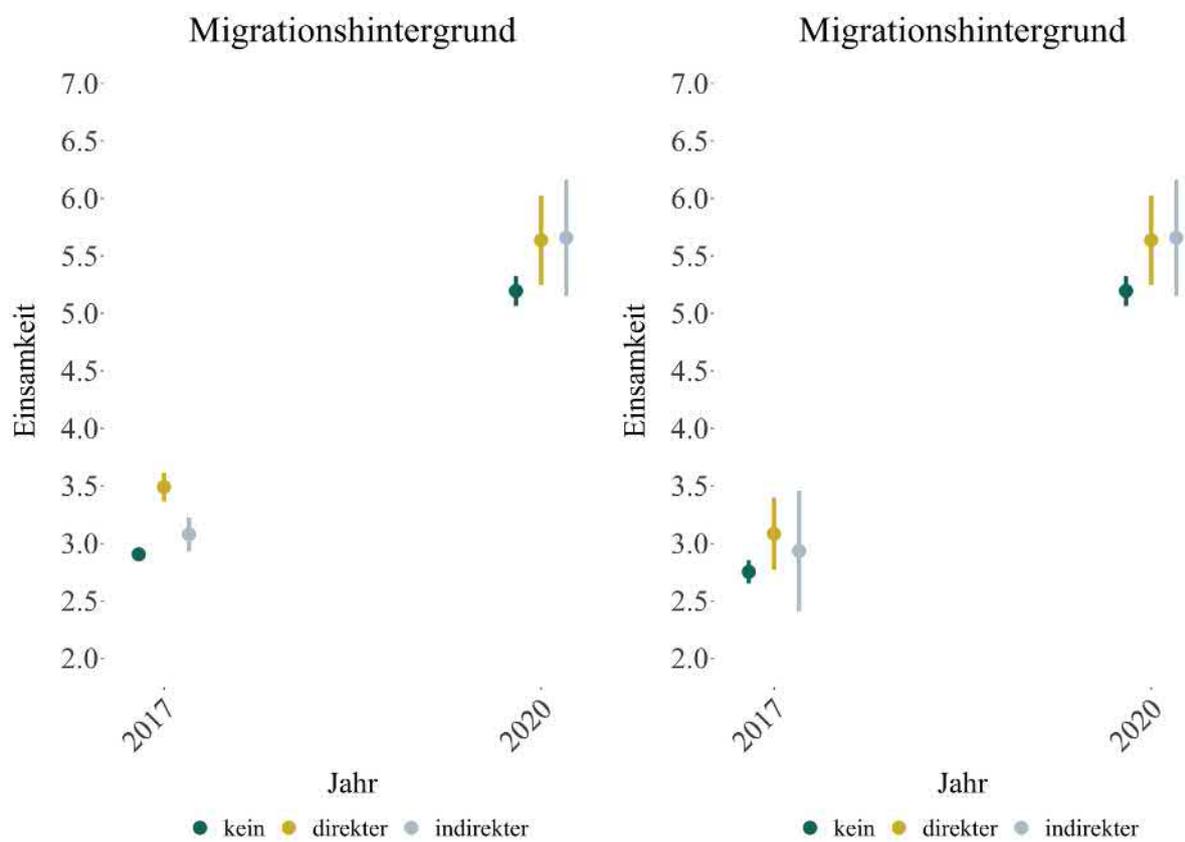


Abbildung 17: Einsamkeit nach Einkommen (SOEP-CoV-Sample rechts)

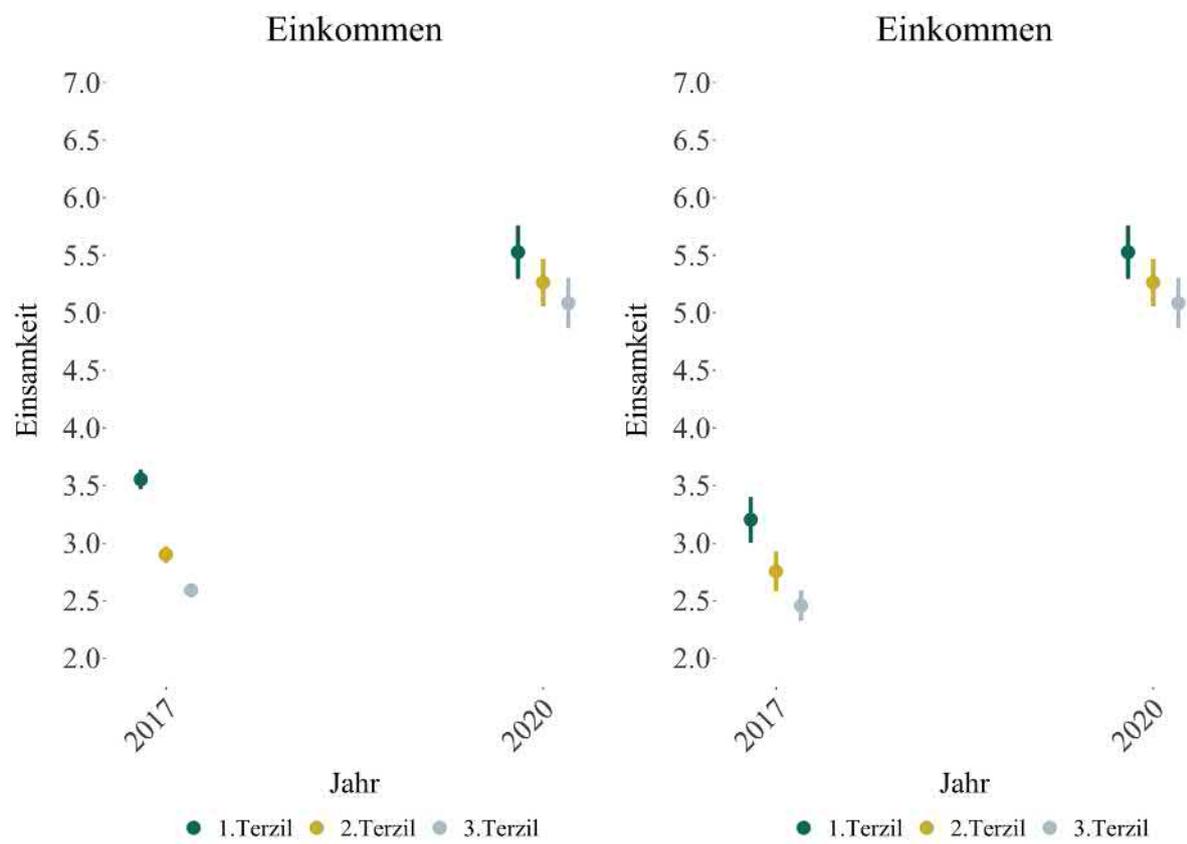


Abbildung 18: Einsamkeit nach Bildung (SOEP-CoV-Sample rechts)

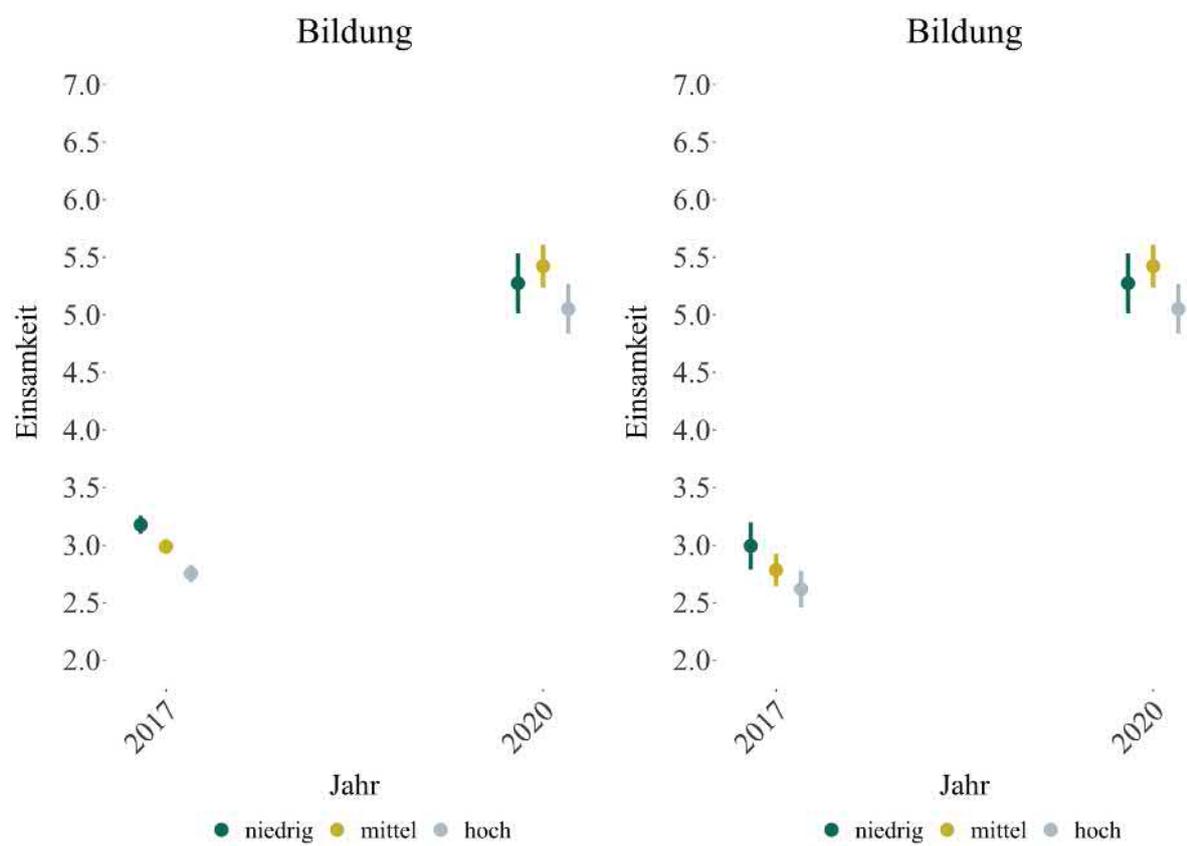


Abbildung 19: Einsamkeit nach Vorerkrankung (SOEP-CoV-Sample rechts)

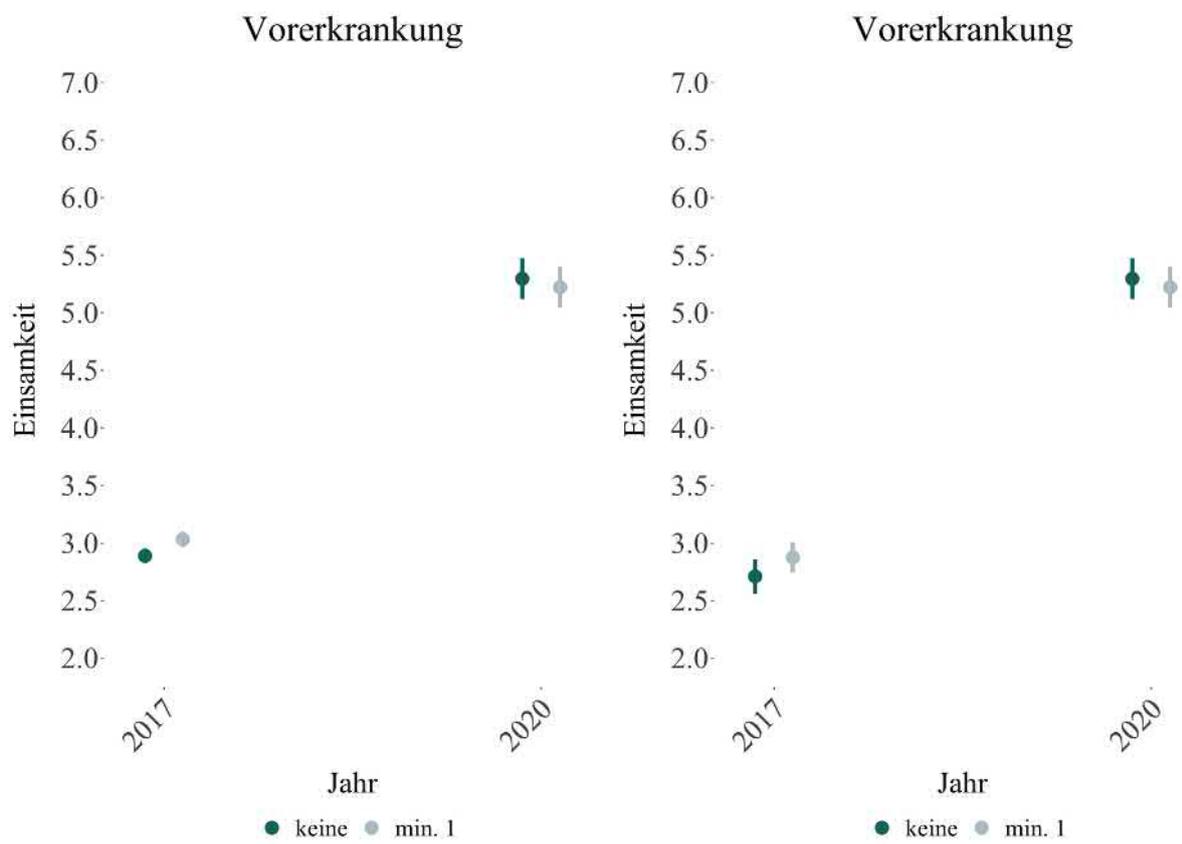


Abbildung 20: Einsamkeit nach Depressionsdiagnose (SOEP-CoV-Sample rechts)

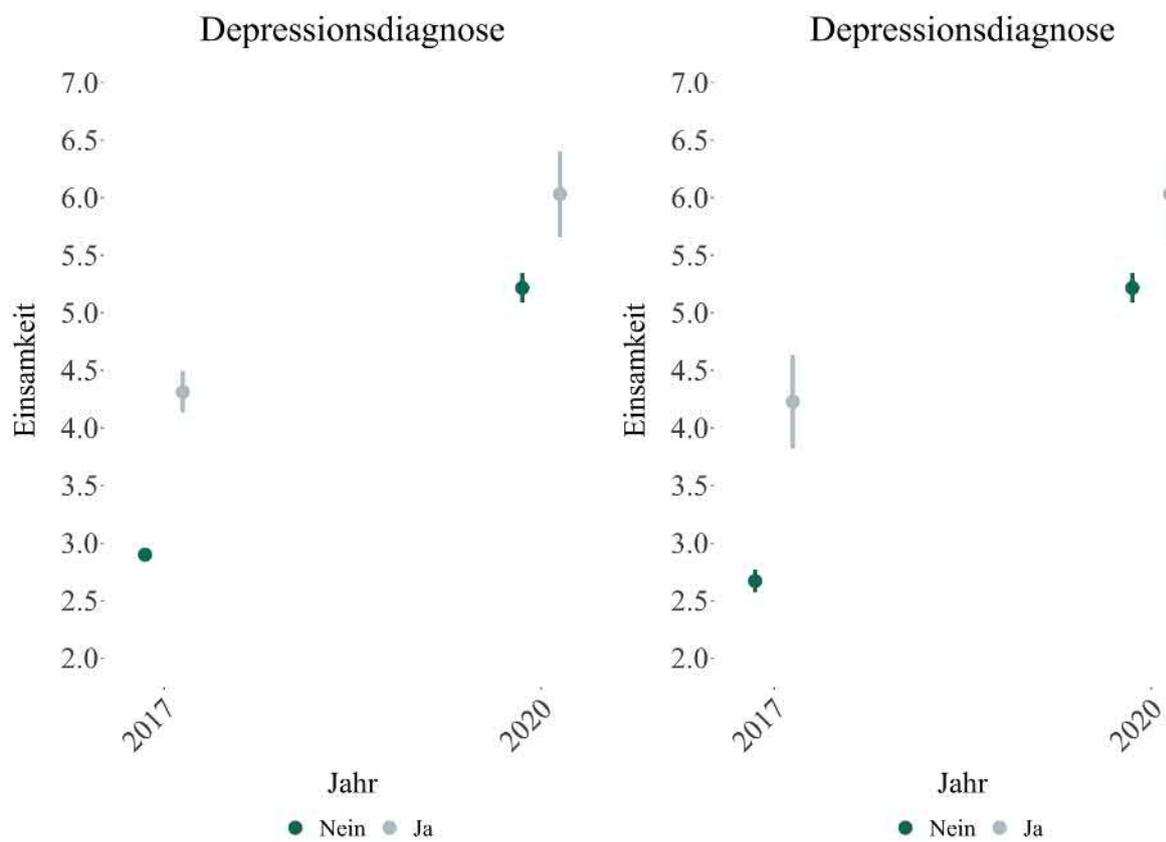


Abbildung 21: Lebenszufriedenheit nach Bildung (SOEP-CoV-Sample rechts)

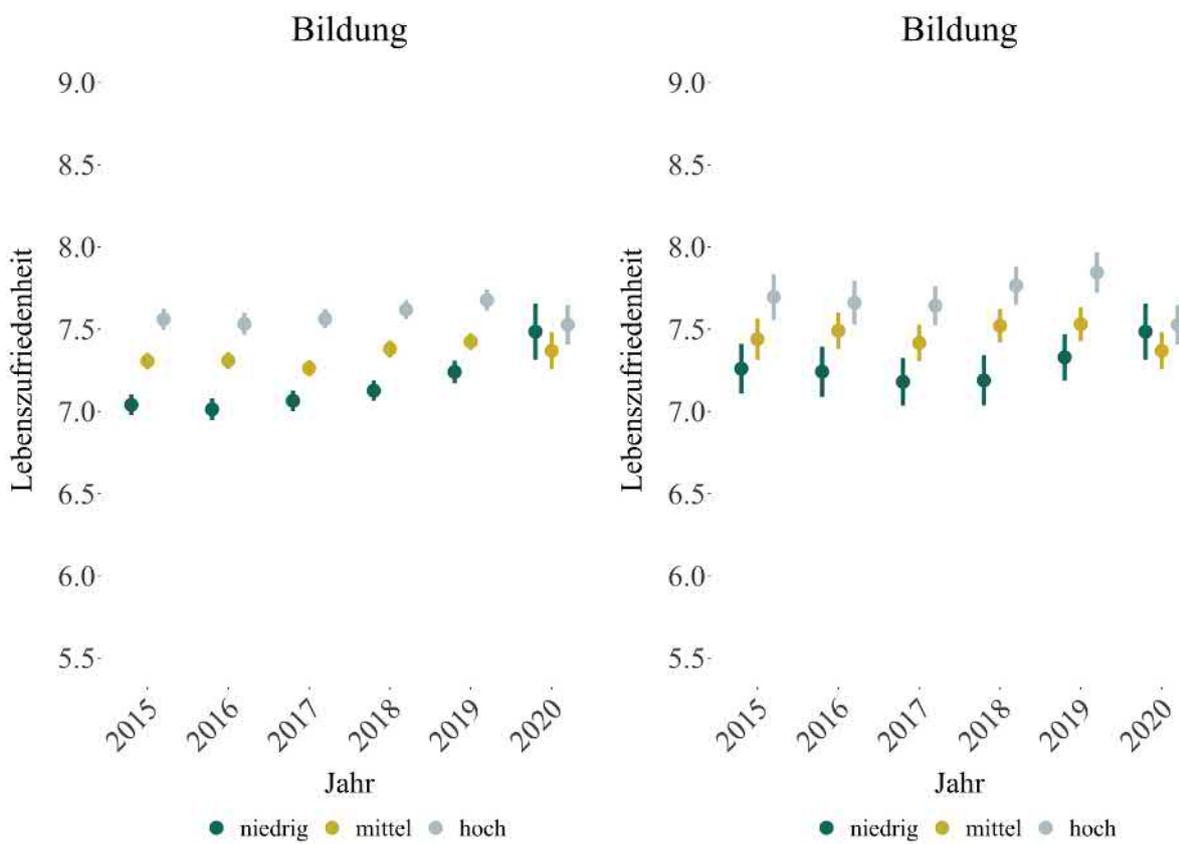


Abbildung 22: Lebenszufriedenheit nach Einkommen (SOEP-CoV-Sample rechts)

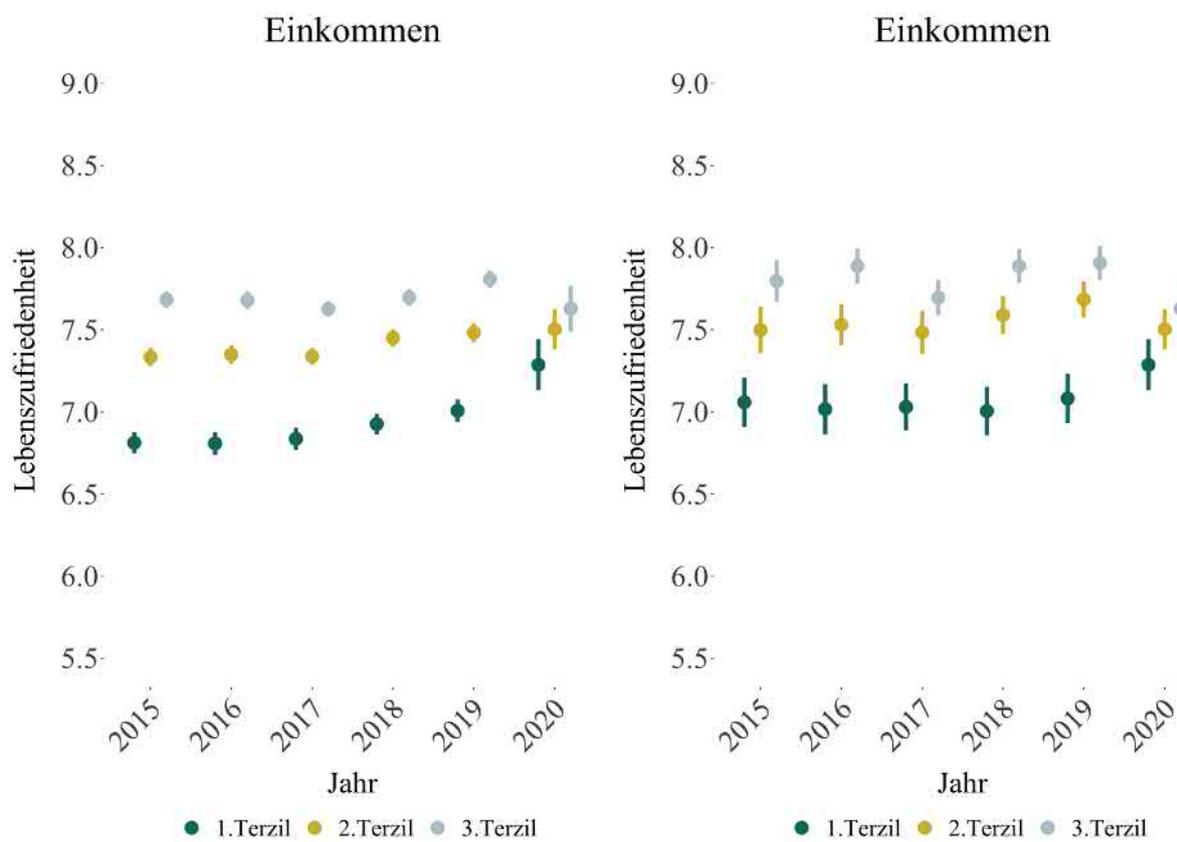


Abbildung 23: Depressions- und Angstsymptome nach Migrationshintergrund (SOEP-CoV-Sample rechts)

