

Entringer, Theresa Margareta; Kröger, Hannes

Working Paper

Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland

SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1136

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Entringer, Theresa Margareta; Kröger, Hannes (2021) : Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland, SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1136, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/235757>

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.

1136²⁰²¹

SOEP papers
on Multidisciplinary Panel Data Research

Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland

Theresa Entringer und Hannes Kröger

SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research at DIW Berlin

This series presents research findings based either directly on data from the German Socio-Economic Panel (SOEP) or using SOEP data as part of an internationally comparable data set (e.g. CNEF, ECHP, LIS, LWS, CHER/PACO). SOEP is a truly multidisciplinary household panel study covering a wide range of social and behavioral sciences: economics, sociology, psychology, survey methodology, econometrics and applied statistics, educational science, political science, public health, behavioral genetics, demography, geography, and sport science.

The decision to publish a submission in SOEPPapers is made by a board of editors chosen by the DIW Berlin to represent the wide range of disciplines covered by SOEP. There is no external referee process and papers are either accepted or rejected without revision. Papers appear in this series as works in progress and may also appear elsewhere. They often represent preliminary studies and are circulated to encourage discussion. Citation of such a paper should account for its provisional character. A revised version may be requested from the author directly.

Any opinions expressed in this series are those of the author(s) and not those of DIW Berlin. Research disseminated by DIW Berlin may include views on public policy issues, but the institute itself takes no institutional policy positions.

The SOEPPapers are available at <http://www.diw.de/soeppapers>

Editors:

Jan **Goebel** (Spatial Economics)

Stefan **Liebig** (Sociology)

David **Richter** (Psychology)

Carsten **Schröder** (Public Economics)

Jürgen **Schupp** (Sociology)

Sabine **Zinn** (Statistics)

Conchita **D'Ambrosio** (Public Economics, DIW Research Fellow)

Denis **Gerstorff** (Psychology, DIW Research Fellow)

Katharina **Wrohlich** (Gender Economics)

Martin **Kroh** (Political Science, Survey Methodology)

Jörg-Peter **Schräpler** (Survey Methodology, DIW Research Fellow)

Thomas **Siedler** (Empirical Economics, DIW Research Fellow)

C. Katharina **Spieß** (Education and Family Economics)

Gert G. **Wagner** (Social Sciences)

ISSN: 1864-6689 (online)

German Socio-Economic Panel (SOEP)

DIW Berlin

Mohrenstrasse 58

10117 Berlin, Germany

Contact: soeppapers@diw.de



Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland

02 Juni, 2021

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Zusammenfassung	4
1 Methodik	5
1.1 Daten und Sample: Das SOEP und die SOEP-CoV Studie	5
1.2 Erfassung der psychischen Gesundheit	7
1.3 Potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit	9
2 Zufriedenheit mit und Sorgen um die Gesundheit	10
2.1 Risiko - und Schutzfaktoren	10
3 Einsamkeit	11
3.1 Risiko - und Schutzfaktoren	12
4 Depression & Angstsymptomatik	13
4.1 Risiko - und Schutzfaktoren	14
5 Affektives Wohlbefinden	15
5.1 Risiko - und Schutzfaktoren	15
6 Allgemeine Lebenszufriedenheit	16
6.1 Risiko - und Schutzfaktoren	16
7 Diskussion	17
8 Appendix - Vergleich der Zeitreihen mit dem gesamten und nur dem SOEP-CoV-Sample	21

Autorinnen und Autoren

Theresa Entringer, SOEP/DIW Berlin

Hannes Kröger, 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

Abstract

This study compares the level of self-reported mental health and well-being in Germany in the second Covid-19 related lockdown (January/February 2021) with the situation in the first lockdown (March to July 2020). In the second lockdown, satisfaction with health decreased and concerns about health increased compared to the first lockdown. However, both scores remained well above pre-pandemic levels. Further, compared to pre-pandemic levels loneliness remained strongly elevated during the second lockdown, but did not further increase compared to the first lockdown. Depression and anxiety symptoms decreased slightly in the second lockdown compared to the first lockdown and were overall comparable to the levels in 2016. Affective well-being and life satisfaction decreased slightly in the second lockdown compared to the first lockdown and pre-pandemic levels. Especially women, younger people and people with a direct migration background suffered most during the second lockdown: They reported higher loneliness, more depression and anxiety symptoms (or a smaller decrease in the symptoms reported), less affective well-being and a lower life satisfaction. At the same time, socioeconomic factors such as education and income played a smaller role for differences in mental health and well-being than before the pandemic.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie vergleicht das Niveau der selbstberichteten psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens in Deutschland im zweiten Covid-19 Lockdown (Januar/Februar 2021) mit der Situation im ersten Lockdown (März bis Juli 2020). Im zweiten Lockdown sank die Zufriedenheit mit der Gesundheit und stiegen die Sorgen um die Gesundheit im Vergleich zum ersten Lockdown. Beide Werte blieben aber weiterhin deutlich über dem Vor-Pandemie Niveau. Die Einsamkeit der in Deutschland lebenden Menschen war auch im zweiten Lockdown im Vergleich zum Vor-Pandemie Niveau noch stark erhöht, stieg jedoch im Vergleich zum ersten Lockdown nicht weiter an. Depressions- und Angstsymptome sanken im zweiten Lockdown im Vergleich zum ersten Lockdown wieder leicht und waren damit vergleichbar zum Niveau in 2016. Darüber sanken das affektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit im zweiten Lockdown im Vergleich zum ersten Lockdown und dem Vor-Pandemie Niveau leicht. Es zeigt sich, dass insbesondere Frauen, jüngere Menschen und Menschen mit direktem Migrationshintergrund unter dem zweiten Lockdown litten: Sie berichteten eine höhere Einsamkeit, eine höhere Depressions- und Angstsymptomatik (bzw. einen geringeren Rückgang der Symptomatik im Vergleich zum ersten Lockdown), ein geringeres affektives Wohlbefinden und eine geringere Lebenszufriedenheit. Gleichzeitig spielten sozioökonomische Faktoren wie Bildung und Einkommen eine geringere Rolle für Unterschiede in der psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden als vor der Pandemie.

1 Methodik

1.1 Daten und Sample: Das SOEP und die SOEP-CoV Studie

Wie schon in früheren Studien zu den Folgen der Corona-Pandemie für die psychische Gesundheit (Entringer et al. 2020, Entringer et al. 2021)¹ greifen wir in den vorliegenden Analysen auf Informationen aus der Langfristbefragung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)² und der SOEP-CoV Studie zurück. Die Daten des SOEP aus den vergangenen fünf Jahren werden an die Daten der SOEP-CoV Studie³ 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 wurden SOEP Haushalte vom 31. März 2020 bis zum 4. Juli 2020 und erneut von Anfang Januar bis Ende Februar 2021 – zusätzlich zu der regelmäßigen jährlichen Befragung – unter anderem 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 Pandemie.

Die Verknüpfung von Befragungsdaten aus dem ersten und zweiten Lockdown mit den Informationen aus den Jahren vor der Pandemie bietet 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

¹Entringer, T., Jacobsen, J., Kröger, H., & Metzging, M. (2021). DIW Berlin: Refugees' Mental Health during the Coronavirus Pandemic : Psychological Distress and Continued Loneliness. DIW Weekly Report, 12, 103–109.

Entringer, T., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J., ... Zinn, S. (2020). Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research, 1087.

²Das 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 April-Juni 2020 sowie im Januar/Februar 2021. Um dieses Ziel zu erreichen, werden Daten 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 (Erste Welle: 31.3.2020 bis 4.7.2020; Zweite Welle: 1.1.2021 bis 28.2.2021). In der SOEP-CoV Studie wurden im Jahr 2020 6667 und im Jahr 2021 6013 Personen telefonisch befragt.

³Das 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).

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. Die Fallzahl der betrachteten Jahre ist in Tabelle 1 ausgewiesen. Für den Ausfall von Welle 1 zur Welle 2 des SOEP-CoV Samples wurden inverse Bleibegewichte genutzt, die auf Basis von Random Forest Modellen geschätzt wurden.

Jahr	Fallzahl
2015	38224
2016	34186
2017	36470
2018	34968
2019	21806
2020	6667
2021	6013

Tabelle 1: Fallzahlen

Die vorliegenden Analysen sind zudem ein Update eines Berichts aus der frühen Phase der Pandemie (Entringer et al. 2020)⁴ und beziehen sich auf alle Personen in Deutschland, die 17 Jahre und älter sind und in Privathaushalten leben. Es wurde ein Gewichtungsverfahren gewählt, das Designeffekte und non-response berücksichtigt und die Verallgemeinerung auf die Gesamtpopulation in Deutschland zulässt⁵.

1.1.1 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 ersten und zweiten Lockdown 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 den beiden Lockdowns 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.

⁴Entringer, T., Jacobsen, J., Kröger, H., & Metzging, M. (2021). DIW Berlin: Refugees’ Mental Health during the Coronavirus Pandemic : Psychological Distress and Continued Loneliness. DIW Weekly Report, 12, 103–109.

Entringer, T., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J., ... Zinn, S. (2020). Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research, 1087.

⁵Weitere Details des Gewichtungsverfahrens können unter <https://soep-cov.de/Gewichtung/> nachlesen.

Neben Mode-Effekten besteht außerdem die Möglichkeit, dass die SOEP-CoV-Stichprobe hinsichtlich ihrer demografischen Eigenschaften verzerrt ist und dass auch das aufwändige Gewichtungungsverfahren, das gewählt wurde diese Verzerrung nicht vollständig ausgleichen kann. Damit könnte der Vergleich zwischen den beiden Lockdowns und den Vorjahren Unterschiede in der Stichprobe und nicht Unterschiede in der Population widerspiegeln. Um dies auszuschließen, wurden alle Analysen erneut nur für diejenigen Befragten durchgeführt, die sowohl im in der SOEP-CoV-Studie als auch schon in den Vorjahren befragt wurden. Dabei zeigte sich, dass in der SOEP-CoV Stichprobe in den Vorjahren (2015-2019) etwas geringere Einsamkeit und weniger Depressions- und Angstsymptome berichtet wurden, als in der SOEP Gesamtstichprobe. Vergleiche zwischen beiden Lockdowns und den Vorjahren die nur auf der SOEP-CoV Stichprobe beruhen, bringen daher etwas größere Unterschiede hervor, 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 (Vergleich von SOEP-CoV mit SOEP Gesamtstichprobe). Eine vollständige Übersicht der Ergebnisse beider Vergleiche findet sich im Anhang (Abbildungen 10 - 26).

1.2 Erfassung der psychischen Gesundheit

Für den vorliegenden Bericht wurden fünf Indikatoren der psychischen Gesundheit ausgewertet, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

1.2.1 Aktueller Gesundheitszustand (Zufriedenheit mit und Sorgen um die Gesundheit)

Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten, zwei Fragen hinsichtlich der Bewertung ihres aktuellen Gesundheitszustandes zu beantworten. Zum einen wurden sie gebeten, einzuschätzen wie zufrieden sie gegenwärtig mit ihrer Gesundheit sind (“Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Gesundheit?”) und zum anderen wurden 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.

1.2.2 Einsamkeit

Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung wurden die Befragten gebeten, drei Fragen zu ihrer Einsamkeit mithilfe einer fünf-stufigen Antwortskala von “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 zu einem weiteren Zeitpunkt erhoben (2017), so dass für die Angaben aus den beiden Lockdowns nur mit diesem Jahr verglichen werden können.

1.2.3 Depressions- und Angstsymptomatik

Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung wurden 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 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 während des ersten und zweiten Lockdowns mit zwei zurückliegenden Referenzjahren möglich ist.

1.2.4 Affektives Wohlbefinden

Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung wurde außerdem das aktuelle affektive Wohlbefinden der Teilnehmenden gemessen. Dazu wurde 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 stand 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 Erlebenshäufigkeit 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.

1.2.5 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Die allgemeine Lebenszufriedenheit beschreibt die aktuelle Gesamtbeurteilung des eigenen Lebens. Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Befragung wurde die Lebenszufriedenheit mit der Frage “Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?” erfasst. Die Befragten konnten auf einer Skala von 0 (“ganz und gar unzufrieden”) bis 10 (“ganz und gar zufrieden”) antworten.

1.3 Potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit

Um einschätzen zu können, ob soziökonomische Merkmale einen relevanten Einfluss auf die psychische Gesundheit während der Pandemie haben, untersuchen wir die Veränderung in der Zufriedenheit mit und den den Sorgen um die Gesundheit, der Einsamkeit, der psychischer Gesundheit sowie dem Wohlbefinden und der allgemeinen Lebenszufriedenheit 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.

1.3.1 Bildungsniveau

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.

1.3.2 Einkommen der Haushalte

Das Einkommen wird als monatliche äquivalenzgewichtete Haushaltseinkommen betrachtet.⁶ 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.

⁶Das 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 $\frac{Y}{\sqrt{h}}$.

1.3.3 Vorerkrankungen

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 selbstberichtete Information, ob jemals eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert wurde: Diabetes, Asthma, Krebserkrankung, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Bluthochdruck, Demenzerkrankung und Gelenkerkrankungen.⁷ 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 Beginn der Krise grafisch in 9 Abbildungen. Dargestellt sind jeweils die Schätzungen der durchschnittlichen psychischen Gesundheit bzw. des Wohlbefindens basierend auf den fünf unterschiedlichen oben dargestellten Indikatoren. Die Punkte geben den durchschnittlich geschätzten Wert auf dem Indikator 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. 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

Es zeigt sich, dass die Menschen in Deutschland auch im zweiten Lockdown insgesamt zufriedener mit ihrer Gesundheit sind als noch in den Jahren zuvor. Während des zweiten Lockdowns ist die Zufriedenheit mit der Gesundheit im Vergleich zum ersten Lockdown allerdings etwas zurückgegangen auf $M = 7.01$ (Erster Lockdown: $M = 7.27$, $SD = 2.01$).⁸

Ein vergleichbares Bild sieht man auch bei der Betrachtung der Sorgen um die eigene Gesundheit. Auch im zweiten Lockdown geben die Menschen an, sich insgesamt weniger Sorgen um ihre Gesundheit zu machen als vor Beginn der Pandemie. Während im ersten Lockdown nur 10 % und im zweiten Lockdown 13 % 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.⁹

2.1 Risiko - und Schutzfaktoren

Bereits vor der Krise berichteten Frauen und Personen aus Haushalten mit niedrigem Einkommen eine geringere Zufriedenheit mit und größere Sorgen um ihre Gesundheit. Dieser

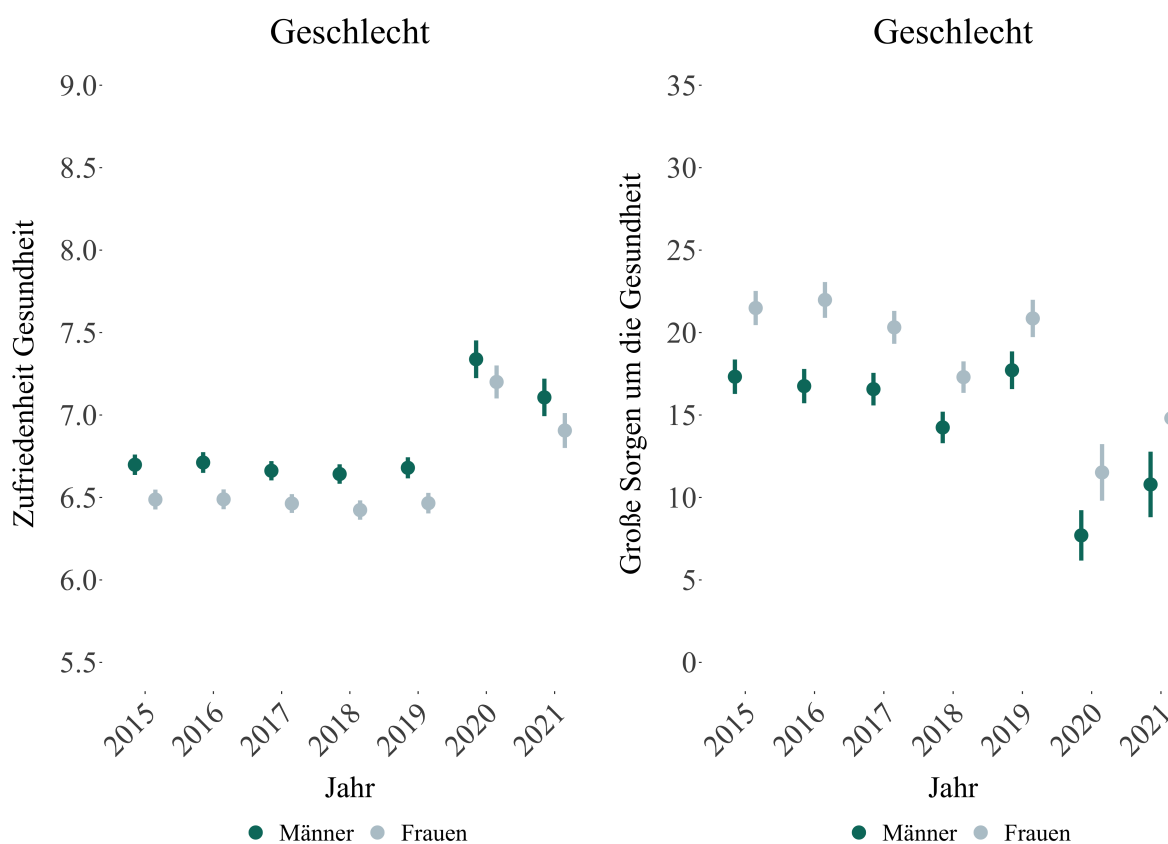
⁷Eine genauere Unterscheidung zwischen z.B. Rheuma, das ein Risikofaktor ist und Arthrose, die keiner ist, ist leider nicht möglich.

⁸Die Angaben variierten in den fünf Jahren vor Beginn der Pandemie zwischen 6.53 in 2018 (Minimum) und 7.01 in 2020 (Maximum).

⁹Insgesamt variieren die Angaben in den fünf Jahren vor Beginn der Pandemie zwischen 13 % in 2020 (Minimum) und 19 % in 2015 (Maximum).

Unterschied hat sich jedoch auch im zweiten Lockdown nicht verändert. Während Menschen mit Vorerkrankungen in den Vorjahren stets besorgter um ihre Gesundheit waren als Menschen ohne Vorerkrankungen, reduziert sich dieser Unterschied im ersten Lockdown und bleibt auch im zweiten Lockdown deutlich unter dem Niveau vor der Pandemie. Dieser Effekt ist jedoch nur für den Bereich Sorgen um die Gesundheit zu finden und nicht für die Zufriedenheit mit der Gesundheit (Abbildung 3). Die Einschätzung des aktuellen Ist-Zustandes (Zufriedenheit) wird somit zwar nicht von der Krise verändert, die Einschätzung eines möglichen Zukunftszustandes (Sorgen) wird jedoch scheinbar an der Krise relativiert.

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

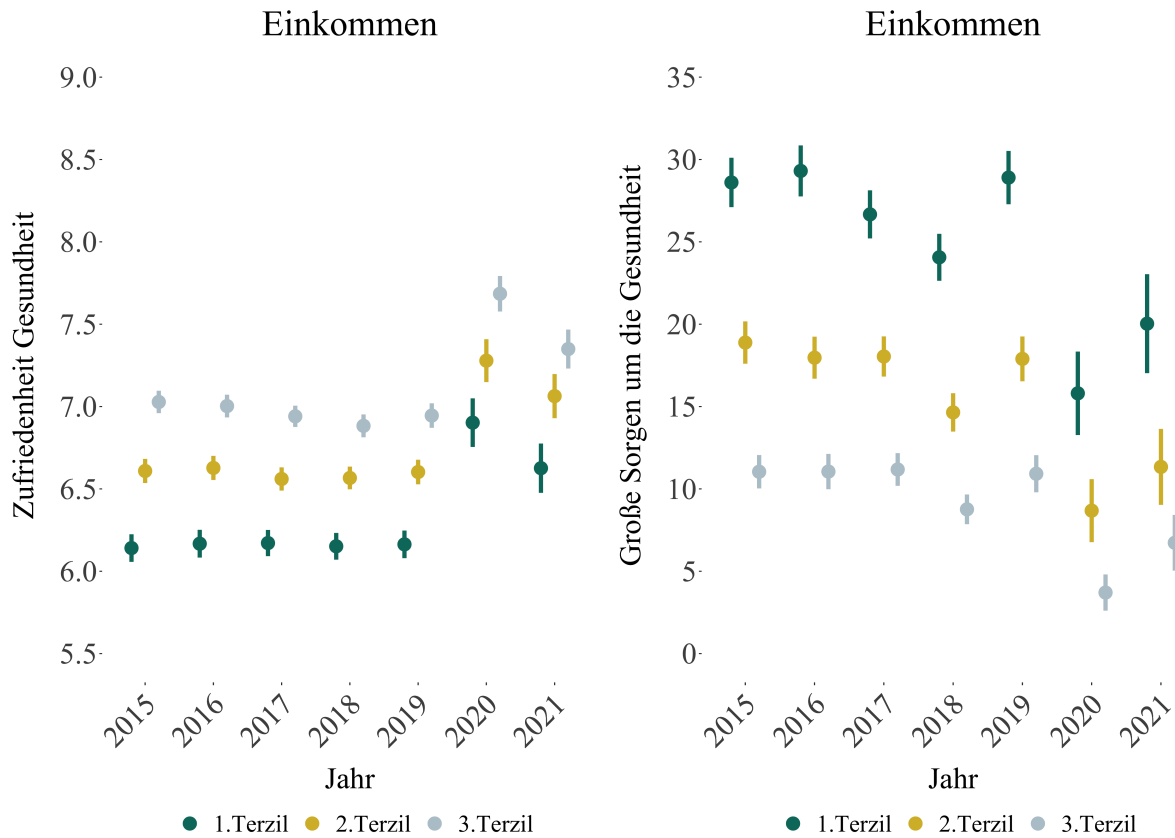


3 Einsamkeit

Das bereits im ersten Lockdown beobachtete sehr hohe Level an Einsamkeit bleibt auch im zweiten Lockdown bestehen ($M = 5.19$, $SD = 2.74$), verstärkt sich jedoch nicht weiter. Damit sind Menschen in Deutschland während des ersten und zweiten Lockdowns ungefähr gleich einsam, und zwar so einsam wie Geflüchtete in Deutschland in den Jahren 2016/2017.¹⁰

¹⁰Zu diesem Vergleich siehe: Entringer, T., Jacobsen, J., Kröger, H., & Metzging, M. (2021). DIW Berlin: Refugees' Mental Health during the Coronavirus Pandemic: Psychological Distress and Continued Loneliness. DIW Weekly Report, 12, 103–109.

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



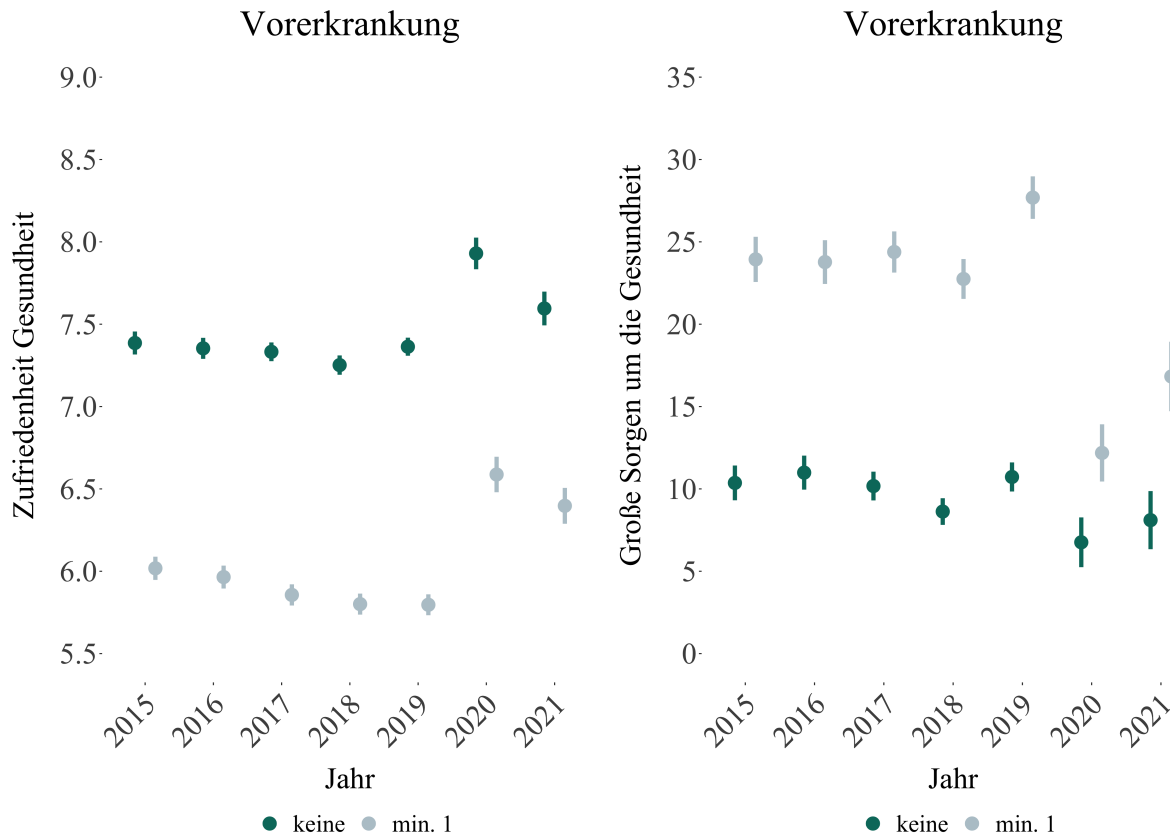
Bei diesem Anstieg der Einsamkeit handelt es sich um einen Anstieg um etwa eine Standardabweichung – was in etwa bedeutet, dass eine Person, die während der Pandemie durchschnittlich einsam ist, vor Corona im Jahr 2017 zu den 15% der einsamsten Menschen in Deutschland gezählt hätte. Es gilt daher genau zu beobachten, ob sich die gestiegene Einsamkeit als Ursache für weitere psychische Erkrankungen erweisen wird, insbesondere da der zweite Lockdown deutlich länger war als der erste Lockdown. Es ist jedoch auch möglich, dass sich um temporäre Schwankungen handelt, die sich nach Aufheben der gesetzlich geltenden Kontaktbeschränkungen wieder abschwächen.

3.1 Risiko - und Schutzfaktoren

Auch im zweiten Lockdown sind Frauen einsamer als Männer (Abbildung 4).

Darüber hinaus zeigt sich, dass im zweiten Lockdown jüngere Menschen noch einsamer sind als bereits im ersten Lockdown und insbesondere deutlich einsamer als ältere Menschen (1.03 Skalenpunkte, Abbildung 4). Im zweiten Lockdown ist der Unterschied in der Einsamkeit zwischen jüngeren und älteren Menschen in etwa halb so groß wie der gesamte Anstieg in Einsamkeit durch die Corona-Pandemie und damit erheblich größer als die Unterschiede, die vor der Pandemie zwischen den Altersgruppen bestanden (in den vergangenen Jahren war

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



Einsamkeit in allen Altersgruppen relativ gleich ausgeprägt).

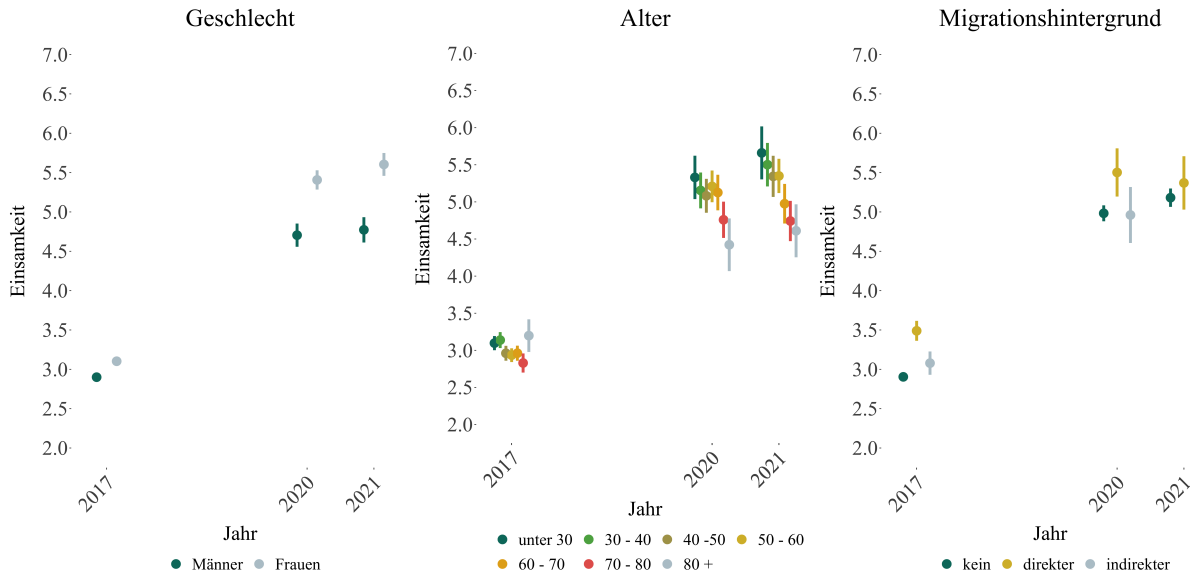
Menschen, die aus einem Haushalt mit hohem Einkommen stammen, gaben vor der Pandemie an, weniger einsam zu sein als Menschen, die aus einem Haushalt mit niedrigem Einkommen stammen. Die Daten der SOEP-CoV-Studie deuten darauf hin, dass sich diese Unterschiede im ersten Lockdown verringert und im zweiten Lockdown fast vollständig aufgelöst haben (Abbildung 5).

Die vorliegenden Analysen zeigen außerdem, dass es auch im zweiten Lockdown keine Unterschiede in der Einsamkeit zwischen Menschen mit und ohne Vorerkrankungen gab. Auch der Unterschied in der Einsamkeit zwischen Menschen, die bereits vor der Krise einmal mit einer Depression diagnostiziert worden waren und solchen ohne Depressionsdiagnose, (Abbildung 6) reduziert sich im zweiten Lockdown weiter.

4 Depression & Angstsymptomatik

Im zweiten Lockdown liegt die Depressions- und Angstsymptomatik bei $M = 2.18$ ($SD = 2.18$) und damit zwischen den Werten von 2019 ($M = 1.93$; $SD = 2.33$) und dem ersten Lockdown ($M = 2.41$; $SD = 2.18$). Insgesamt sind die Werte während der Corona-Pandemie

Abbildung 4: Einsamkeit nach Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund

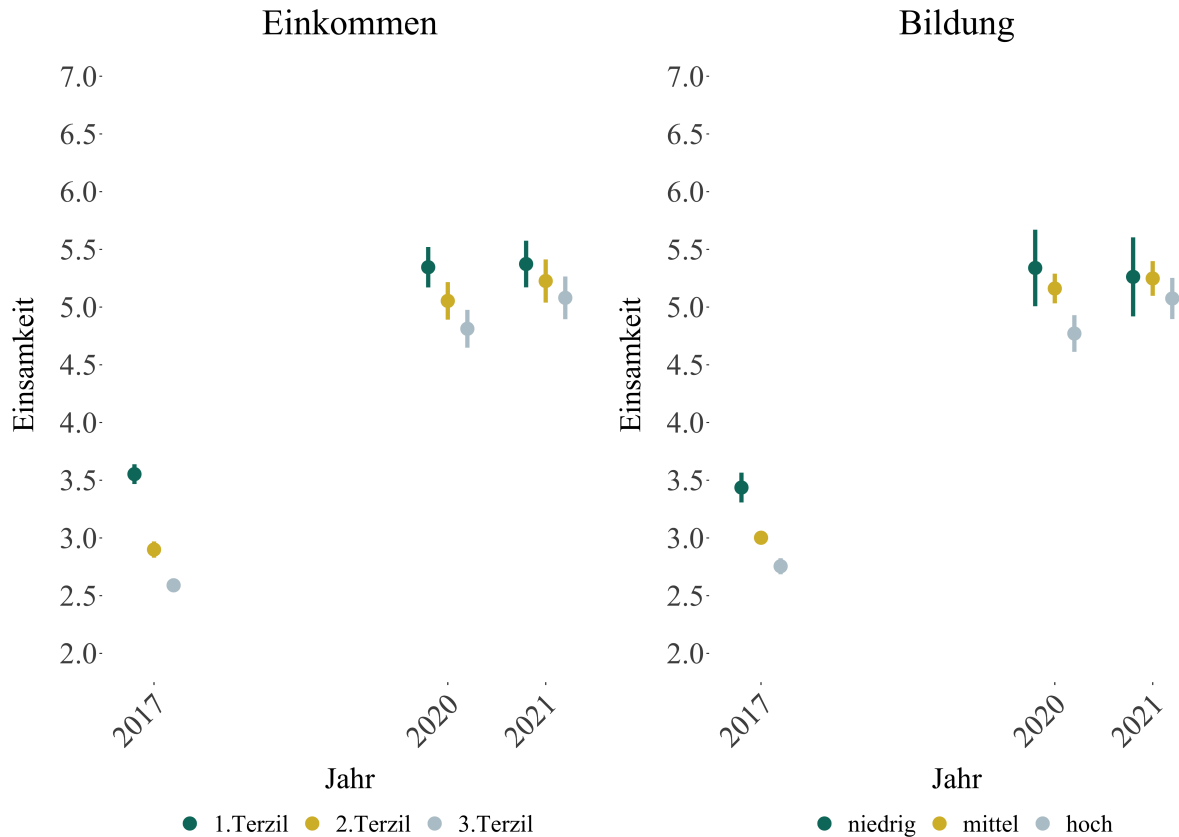


damit nicht außergewöhnlich hoch, sondern leicht über (erster Lockdown) bzw. auf gleichem Niveau (zweiter Lockdown) mit der Depressions- und Angstsymptomatik in 2016. Damals lag der Wert bei $M = 2.29$ ($SD = 2.28$).

4.1 Risiko - und Schutzfaktoren

Erneut zeigt sich, dass insbesondere Frauen und jüngere Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund im zweiten Lockdown litten: Sie reagierten mit einer gesteigerten Depressions- und Angstsymptomatik auf die Pandemie. Dabei haben sich bereits bestehende Geschlechterunterschiede (Frauen berichteten bereits vor der Pandemie mehr Depressions- und Angstsymptome als Männer) während der Pandemie leicht verstärkt. Die Unterschiede zwischen jungen und älteren Menschen waren vor der Pandemie vergleichsweise gering, während der Pandemie sind diese größer geworden und die beiden jüngsten Altersgruppen sind die einzigen bei denen vom ersten zum zweiten Lockdown kein Rückgang der Depressions- und Angstsymptomatik zu beobachten ist. Bei Personen mit Migrationshintergrund bestand vor der Krise kein Unterschied zum Rest der Bevölkerung, hier hat sich ein neuer Unterschied gebildet, der auch im zweiten Lockdown bestehen bleibt.

Abbildung 5: Einsamkeit nach Einkommen und Bildung



5 Affektives Wohlbefinden

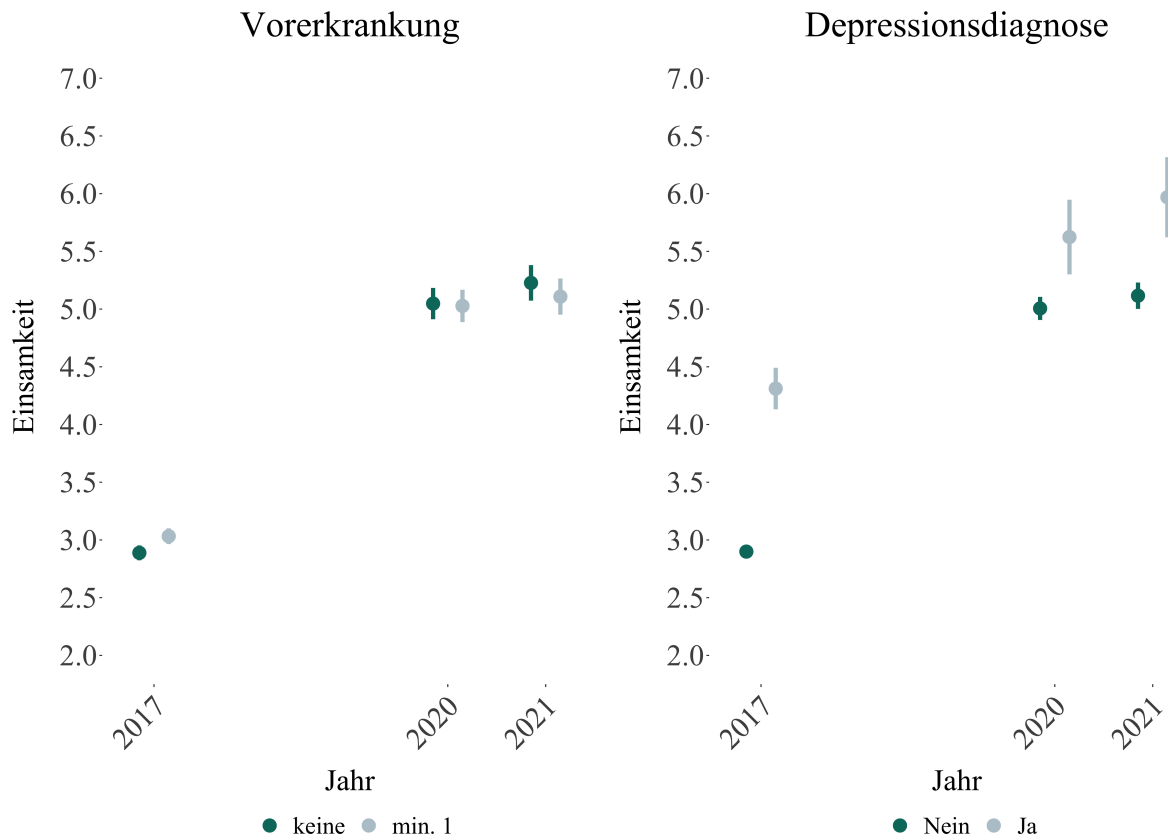
Im Vergleich zum ersten Lockdown in 2020 gab es im zweiten Lockdown eine leichte Verschlechterung des Wohlbefindens auf $M = 14.55$ ($SD = 2.8$). Interessanterweise hatte sich das emotionale Wohlbefinden der in Deutschland lebenden Menschen im ersten Lockdown im Vergleich zu den Vorjahren nicht verändert (Im ersten Lockdown berichteten die Befragten ihr Wohlbefinden im Durchschnitt mit $M = 14.63$, $SD = 2.75$. In 2019 berichteten sie ihr Wohlbefinden mit $M = 14.67$, $SD = 2.7$).¹¹

5.1 Risiko - und Schutzfaktoren

Bereits zuvor bestehende Geschlechterunterschiede haben sich während der Pandemie leicht verstärkt: Sowohl im ersten als auch im zweiten Lockdowns haben Frauen ein schlechteres affektives Wohlbefinden als Männer und dieser Unterschied ist größer als vor Beginn der Pandemie. Altersunterschiede wie bei der Einsamkeit oder der Angst- und Depressionssymptomatik lassen sich hingegen nicht beobachten (siehe Abbildung 8).

¹¹Insgesamt variierten die Angaben in den letzten fünf Jahren zwischen 14.48 in 2016 (Minimum) und 14.67 in 2019 (Maximum).

Abbildung 6: Einsamkeit nach Vorerkrankungen



6 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Die allgemeine Lebenszufriedenheit der in Deutschland lebenden Menschen ist im zweiten Lockdown zurückgegangen auf $M = 7.19$ ($SD = 1.64$). Dieser Rückgang ist merklich, aber im Vergleich zu Veränderungen in früheren Krisen nicht dramatisch.¹² Interessanterweise hatte sich die allgemeine Lebenszufriedenheit im Vergleich zum Vorjahr im ersten Lockdown noch nicht verändert (Im ersten Lockdown berichteten die Befragten im Durchschnitt eine allgemeine Lebenszufriedenheit von $M = 7.44$; $SD = 1.57$. Im Vergleich lag die Lebenszufriedenheit in 2019 bei $M = 7.43$; $SD = 1.69$).¹³

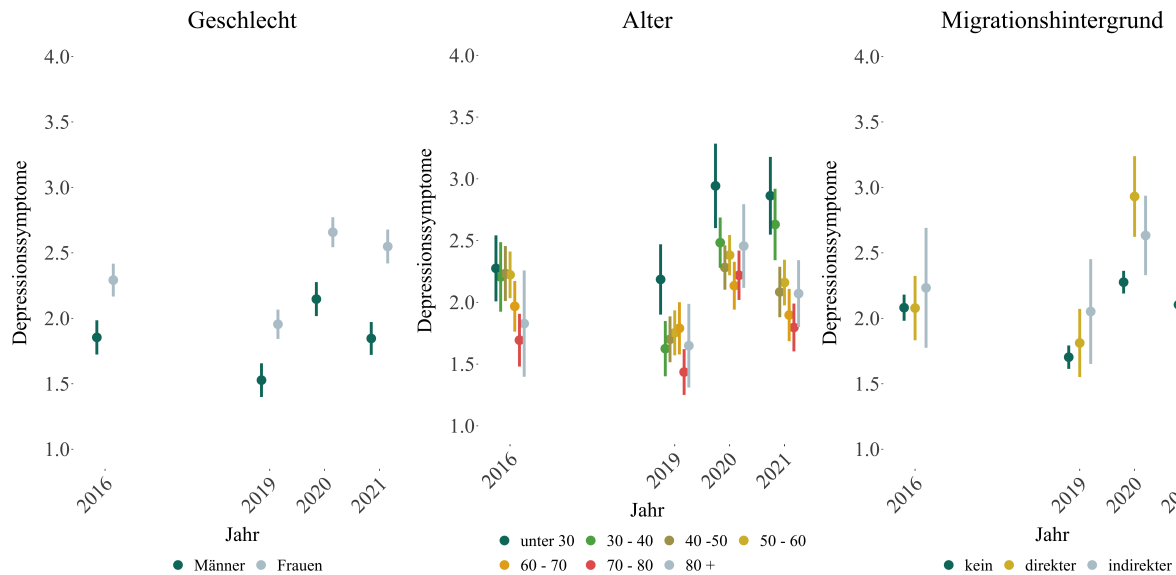
6.1 Risiko - und Schutzfaktoren

Im zweiten Lockdown zeigt sich erstmals seit Beginn der Aufzeichnungen eine leicht niedrigere Lebenszufriedenheit bei Frauen als bei Männern. Dies ist bemerkenswert, da die Lebenszufriedenheit beider Geschlechter vor Beginn der Pandemie stets sehr ähnlich war. Das heißt, auch

¹²Maximilian 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.

¹³Insgesamt variierten die Angaben in den fünf Jahren vor der Pandemie zwischen 7.19 in 2020 (Minimum) und 7.43 in 2019 (Maximum).

Abbildung 7: Depressions- und Angstsymptome nach Geschlecht, Alter und Migrationsstatus

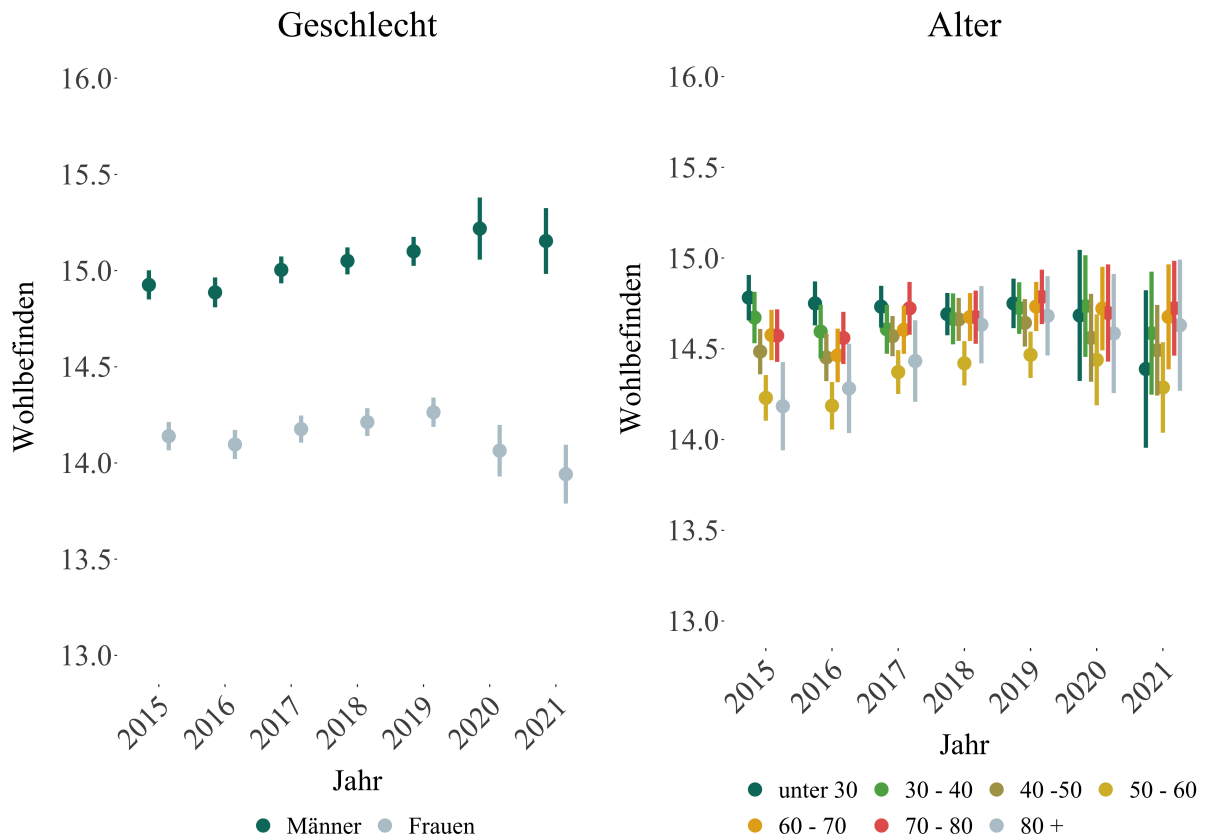


in vorigen Jahren in denen die Lebenszufriedenheit einmal insgesamt niedriger war, kam es nie dazu, dass Frauen geringere Lebenszufriedenheit berichteten als Männer. Darüber hinaus zeigt sich während beider Lockdowns, dass sozioökonomischen Unterschiede im Bildungsniveau und zwischen Einkommensgruppen weniger Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben als noch vor der Krise. Personen mit niedriger Bildung und Personen mit niedrigem Einkommen sind im Vergleich zu den Vorjahren während der Krise etwas zufriedener mit ihrem Leben, während Personen mit hoher Bildung bzw. Personen mit hohem Einkommen etwas weniger zufrieden mit ihrem Leben sind (Abbildung 9).

7 Diskussion

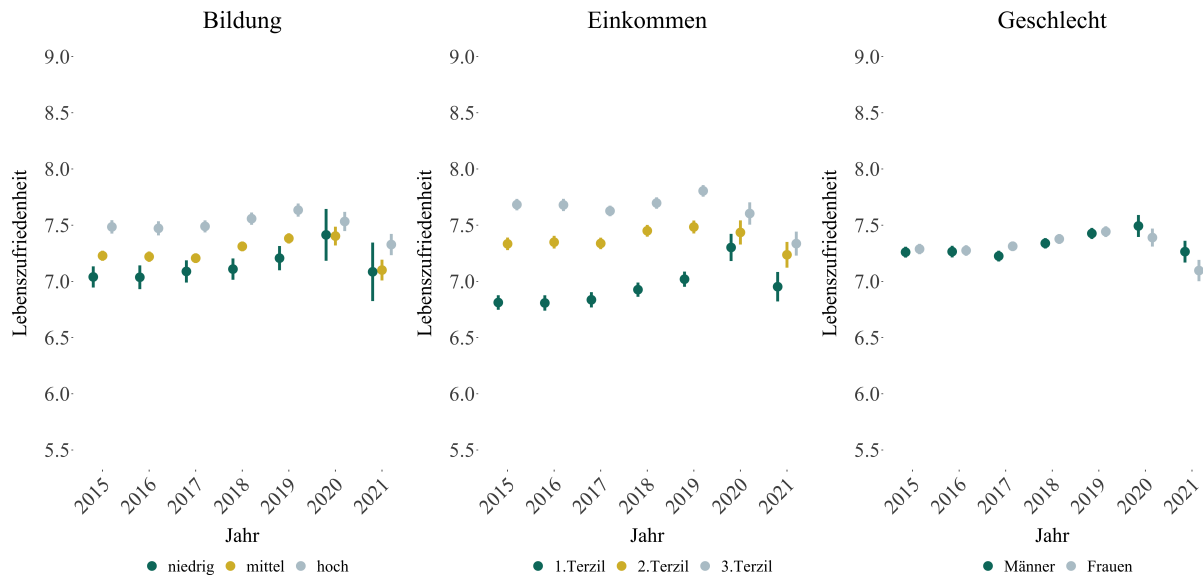
Bereits zu Beginn der Corona-Pandemie wurden starke zusätzliche psychische Belastungen durch die Krise vermutet. Mit dem anhaltenden zweiten Lockdown wurden weitere Verschlechterungen befürchtet. Rufe nach Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Ausbreitung des Covid-19 Virus implementiert wurden, wurden regelmäßig mit der akuten Bedrohung der psychischen Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen begründet. Die vorliegenden Analysen zeigen mit repräsentativen deutschlandweiten Daten die Veränderungen in der psychischen Gesundheit im zweiten Lockdown im Vergleich zum ersten

Abbildung 8: Wohlbefinden nach Geschlecht



Lockdown und den Jahren vor Beginn der Pandemie. Es zeigte sich, dass die in Deutschland lebenden Menschen im ersten und zweiten Lockdown zufriedener mit ihrer Gesundheit waren und sich weniger häufig große Sorgen um ihre Gesundheit machten als in den Jahren vor Beginn der Pandemie. Darüber hinaus zeigen die vorliegenden Analysen, dass die Einsamkeit der in Deutschland lebenden Menschen auch im zweiten Lockdown noch auf einem hohen Niveau ist, das deutlich über dem der Jahre vor Beginn der Pandemie liegt. Da anhaltende Einsamkeit eine Ursache anderer psychischer und physischer Erkrankungen sein kann, ist es unerlässlich diesen Anstieg weiter im Blick zu behalten, um ggfs. zu intervenieren zu können. Interessanterweise zeigen die vorliegenden Analysen auch, dass der befürchtete Anstieg in der Depressions- und Angstsymptomatik bisher empirisch nicht festgestellt werden kann. Zwar gaben die Befragten im ersten Lockdown an, Depressions- und Angstsymptome etwas häufiger zu empfinden als noch vor Beginn der Pandemie, im zweiten Lockdown ist allerdings schon wieder ein gewisser Rückgang zu vermelden: Während des zweiten Lockdowns befindet sich die durchschnittliche Depressions- und Angstsymptomatik auf dem Niveau, das auch schon in Jahren vor der Pandemie beobachtet wurde (2016). Schließlich zeigt sich im zweiten Lockdown ein kleiner Rückgang des affektiven Wohlbefindens und ein merklicher Rückgang der Lebenszufriedenheit der in Deutschland lebenden Menschen. Hinsichtlich der differenzierten Analysen der verschiedenen sozioökonomischen Gruppierungsvariablen konnten einige wenige Bevölkerungsgruppen als besondere Risikogruppen identifiziert werden. Am deutlichsten

Abbildung 9: Lebenszufriedenheit nach Bildung, Einkommen und Geschlecht



zeigte sich, dass Frauen in verschiedenen Dimensionen der psychischen Gesundheit mehr unter der Pandemie leiden als Männer. Sie berichteten im zweiten Lockdown eine höhere Einsamkeit, ein geringeres affektives Wohlbefinden und eine geringere Lebenszufriedenheit als Männer. Darüber hinaus zeigte sich hinsichtlich des Alters, dass jüngere Menschen einen deutlicheren Anstieg in Einsamkeit und in Angst- und Depressionssymptomatik zeigen als ältere Menschen. Schließlich sind insbesondere Menschen mit direktem Migrationshintergrund während der Krise häufiger von Depressions- und Angstsymptomen betroffen. Diese Unterschiede fanden sich in den Vorjahren nicht und sollten daher zukünftig besonders beobachtet werden. Neben diesen neuen Risikofaktoren für psychische Gesundheit während der Pandemie zeigte sich jedoch auch, dass einzelne Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen zurückgingen. Beispielsweise war es in den Jahren vor der Pandemie 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 Pandemie stieg das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Menschen mit niedriger Bildung und Menschen mit niedrigem Einkommen, während das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Menschen mit hoher Bildung und Menschen mit hohem Einkommen sank. Eine mögliche Ursache für diesen Effekt könnte 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. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich die Pandemie im ersten und zweiten Lockdown nicht so stark auf die psychische Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen ausgewirkt hat, wie befürchtet. Es ist jedoch möglich, dass sich die Folgen der Krise für die psychische Gesundheit erst zukünftig stärker in der Bevölkerung niederschlagen werden. Die wirtschaftliche Entwicklung, Existenzsorgen und Unsicherheit um den Fortschritt bei den Impfungen können dazu führen, dass Sorgen und Ängste in der Bevölkerung steigen – und mit ihnen ggfs. auch die psychischen Erkrankungen. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf die identifizierten Risikogruppen wie Frauen, junge Menschen, und Menschen mit Migrationshintergrund gerichtet werden.

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

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

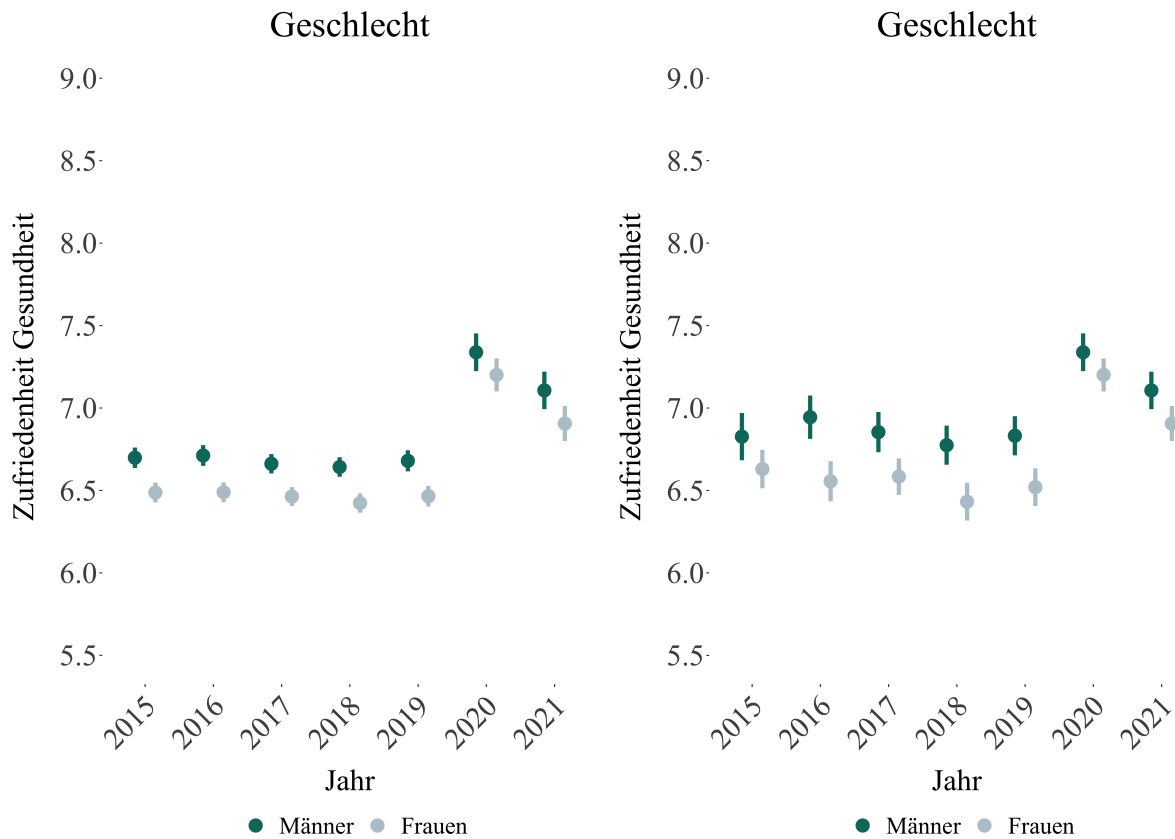
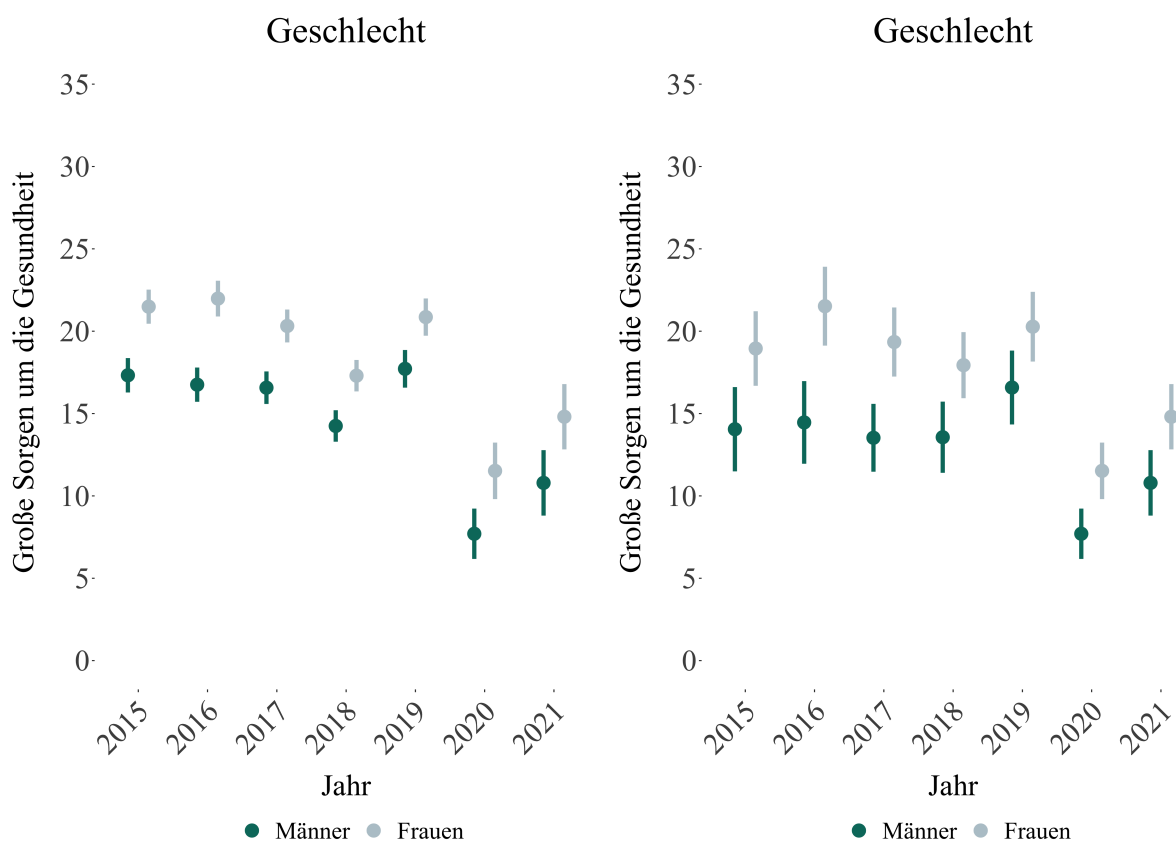


Abbildung 11: Sorgen um die Gesundheit nach Geschlecht (SOEP-CoV-Sample rechts)



Jahr	sex	mean	sd	n
1984	1	7.42	2.11	5981
1984	2	7.42	2.15	6211
1985	1	7.23	2.00	5444
1985	2	7.23	2.09	5606
1986	1	7.32	1.89	5248
1986	2	7.29	1.96	5363
1987	1	7.12	1.93	5191
1987	2	7.08	2.01	5291
1988	1	7.00	1.94	4938
1988	2	7.01	2.05	5042
1989	1	7.07	1.93	4763
1989	2	7.04	2.01	4916
1990	1	7.15	1.83	6772
1990	2	7.06	1.94	7132
1991	1	7.08	1.84	6611
1991	2	7.05	1.92	6924
1992	1	7.04	1.77	6445
1992	2	6.96	1.87	6862
1993	1	6.96	1.83	6362
1993	2	6.95	1.96	6751
1994	1	6.91	1.84	6204
1994	2	6.86	1.91	6670
1995	1	6.88	1.84	6403
1995	2	6.82	1.95	6899
1996	1	6.90	1.81	6306
1996	2	6.91	1.85	6798
1997	1	6.78	1.85	6224
1997	2	6.77	1.87	6665
1998	1	6.93	1.82	6898
1998	2	6.95	1.85	7393
1999	1	6.98	1.81	6636
1999	2	6.99	1.87	7103
2000	1	7.10	1.78	11635
2000	2	7.09	1.84	12572
2001	1	7.09	1.77	10558
2001	2	7.12	1.80	11453
2002	1	6.90	1.79	11161
2002	2	6.92	1.83	11951
2003	1	6.85	1.83	10718
2003	2	6.89	1.85	11537
2004	1	6.66	1.87	10409
2004	2	6.65	1.94	11270
2005	1	6.81	1.90	9918
2005	2	6.86	1.89	10831
2006	1	6.77	1.85	10485
2006	2	6.78	1.89	11520
2007	1	6.82	1.85	9798
2007	2	6.89	1.83	10776
2008	1	6.87	1.80	9232
2008	2	6.89	1.86	10158
2009	1	6.79	1.83	8615
2009	2	6.84	1.86	9455
2010	1	6.99	1.79	10939

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

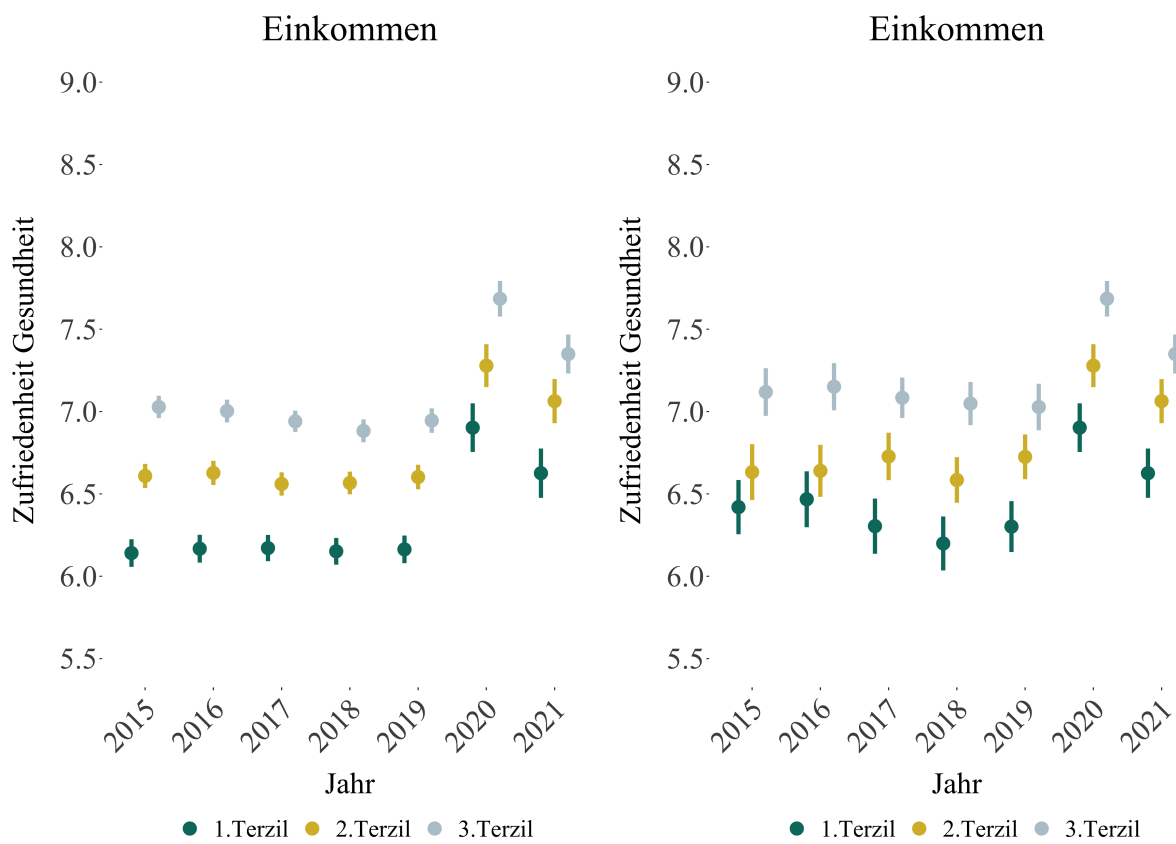


Abbildung 13: Sorgen um die Gesundheit nach Einkommen (SOEP-CoV-Sample rechts)

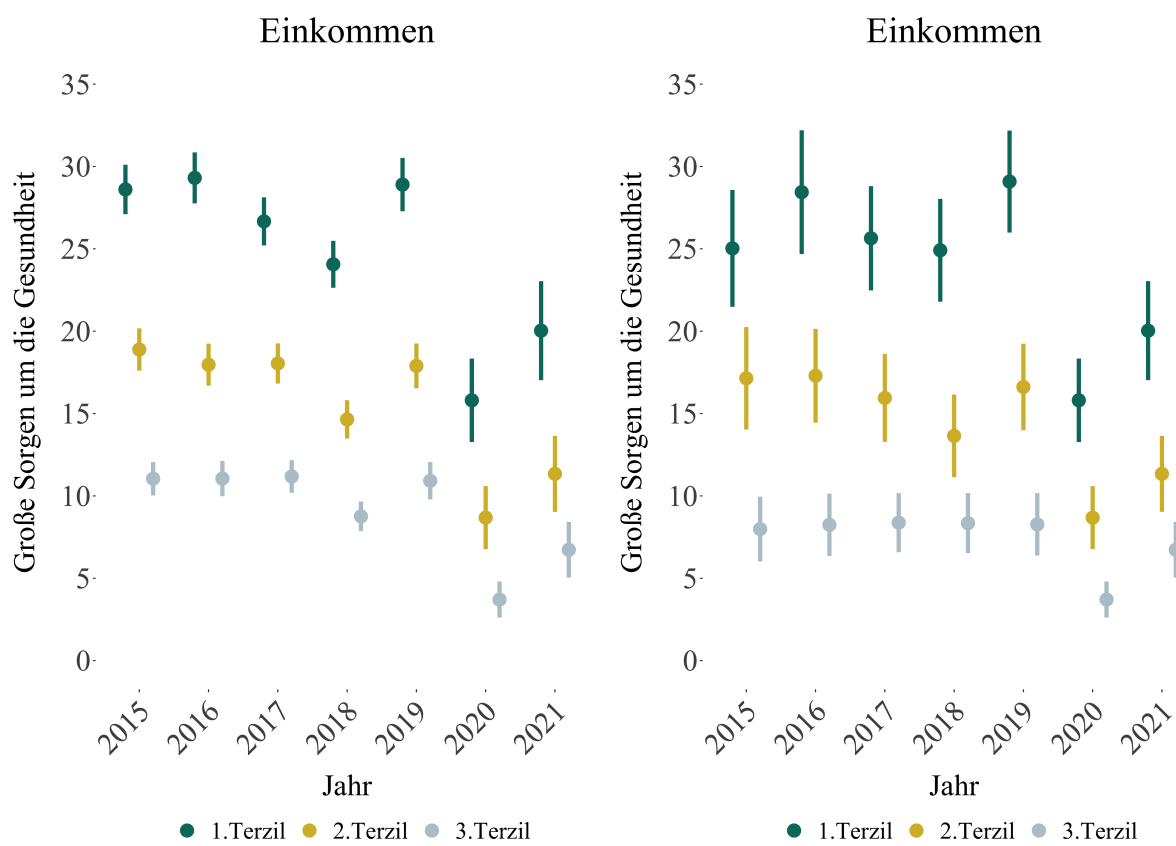


Abbildung 14: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Vorerkrankung (SOEP-CoV-Sample rechts)

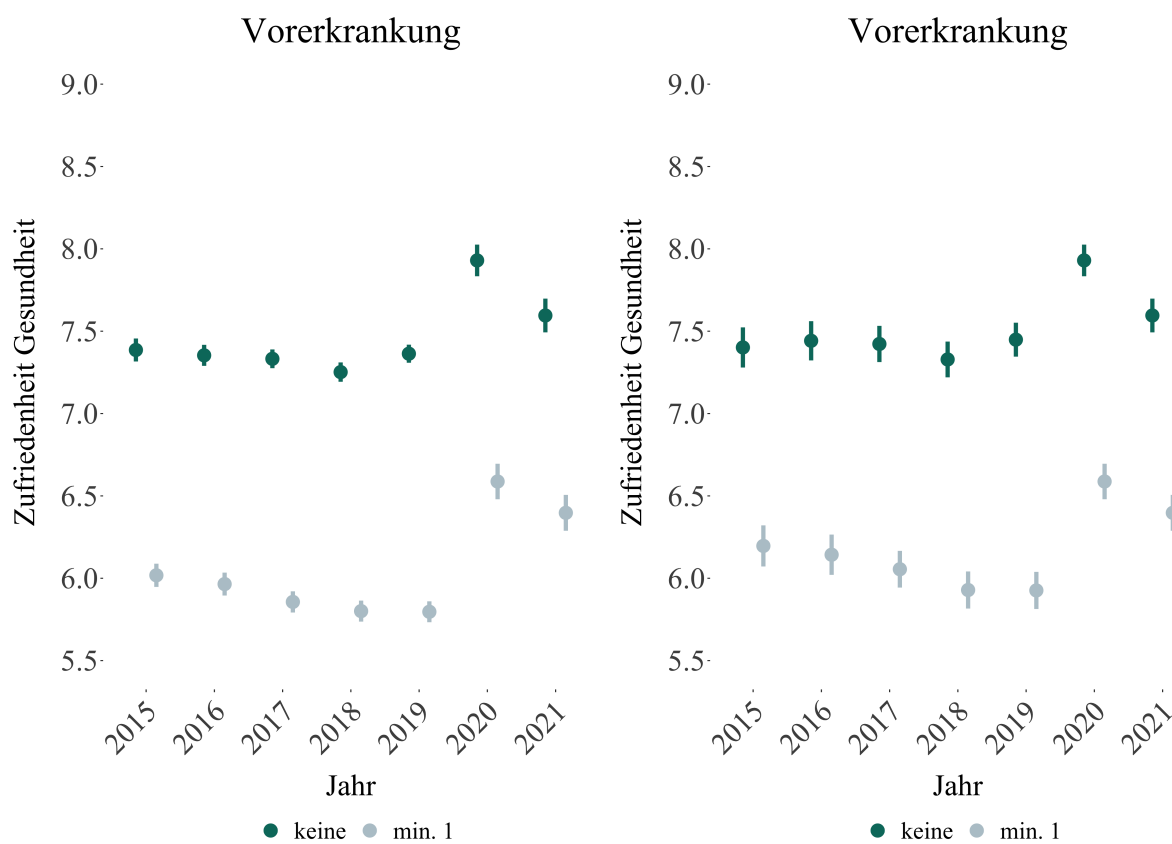


Abbildung 15: Sorgen um die Gesundheit nach Vorerkrankung (SOEP-CoV-Sample rechts)

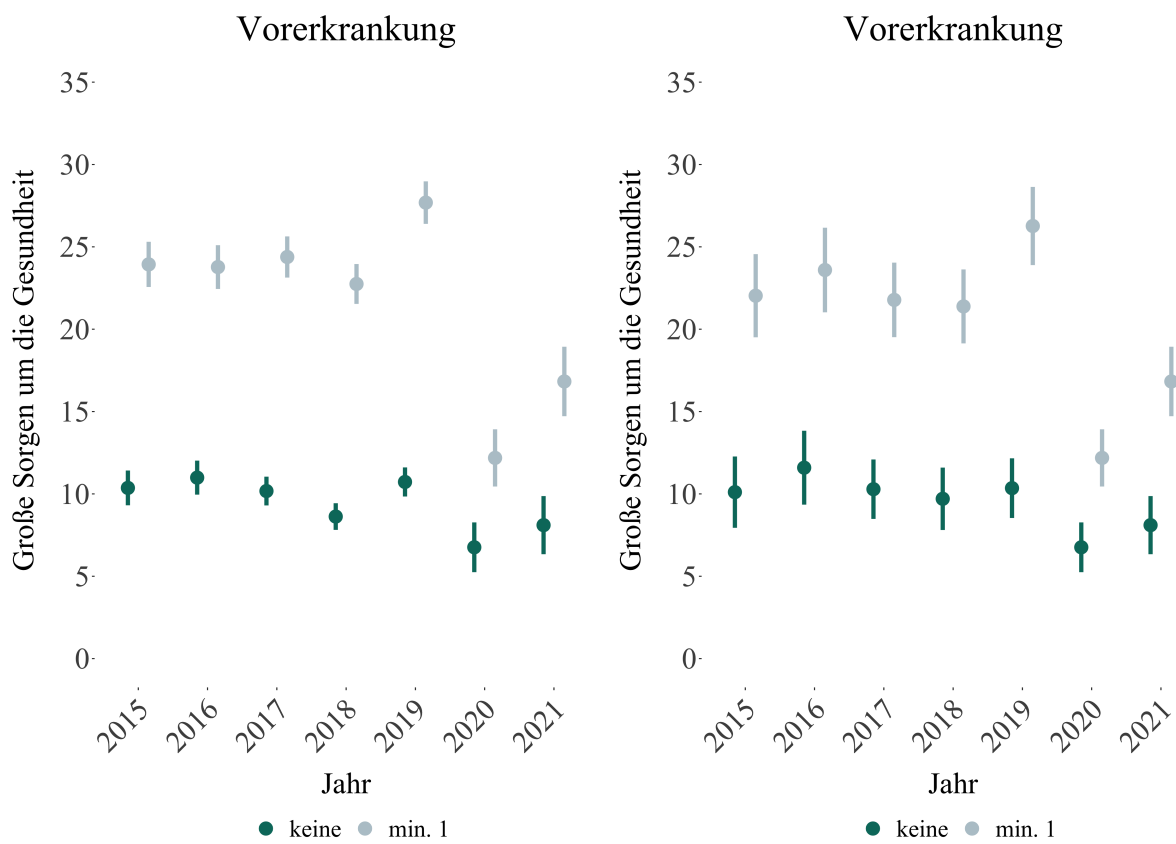


Abbildung 16: Einsamkeit nach Geschlecht (SOEP-CoV-Sample rechts)

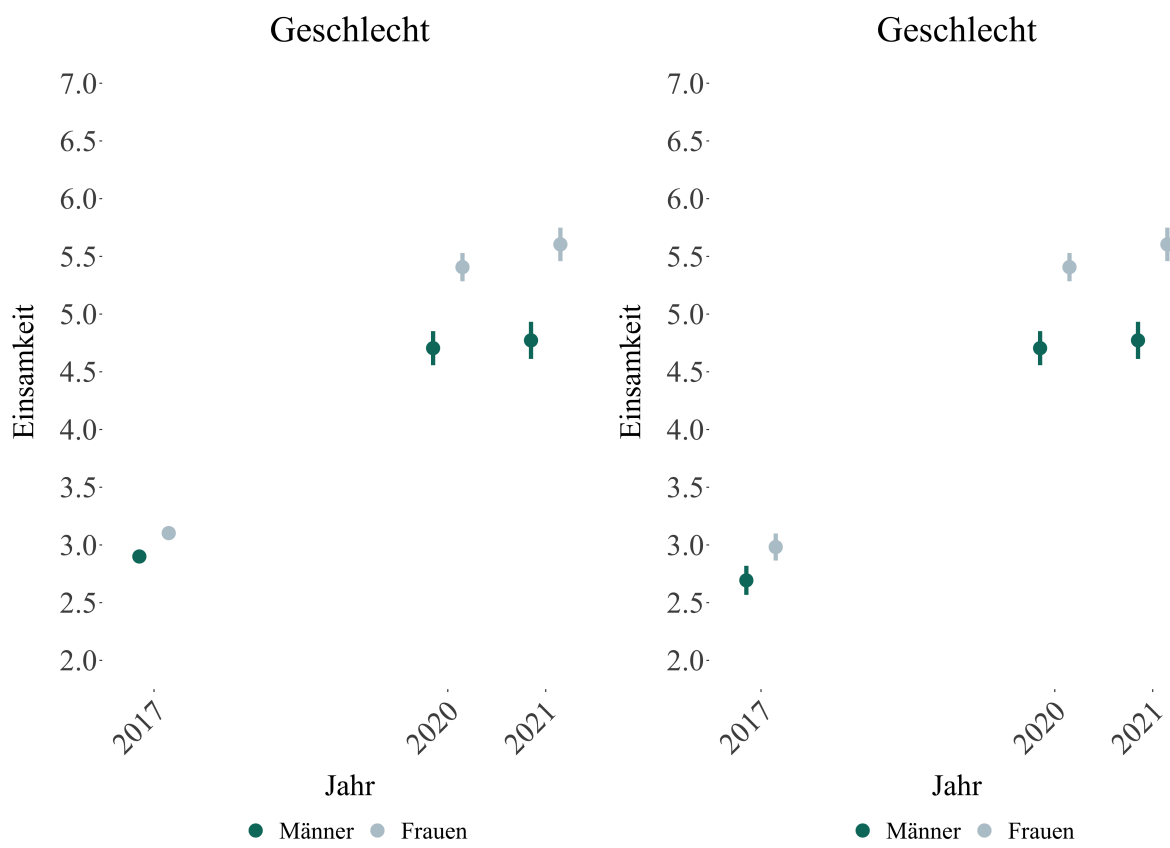


Abbildung 17: Einsamkeit nach Alter (SOEP-CoV-Sample rechts)

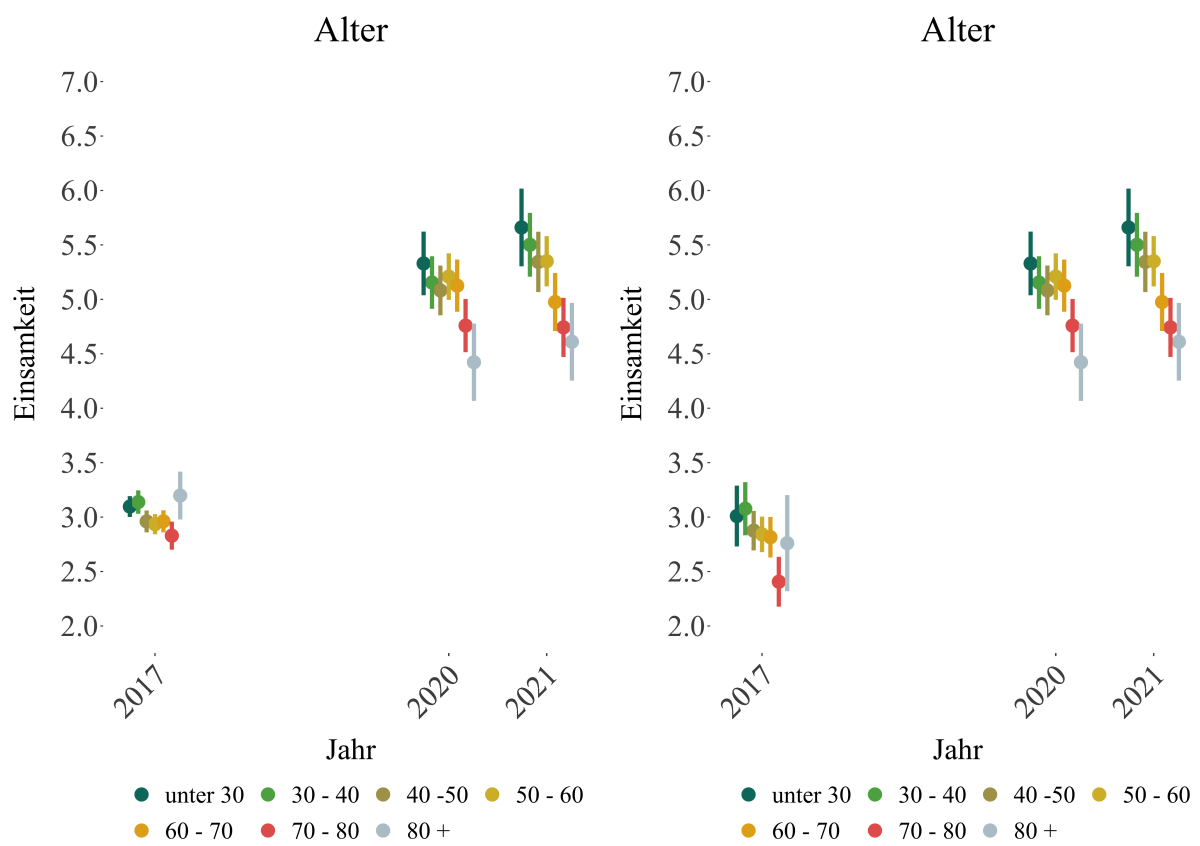


Abbildung 18: Einsamkeit nach Migrationshintergrund (SOEP-CoV-Sample rechts)

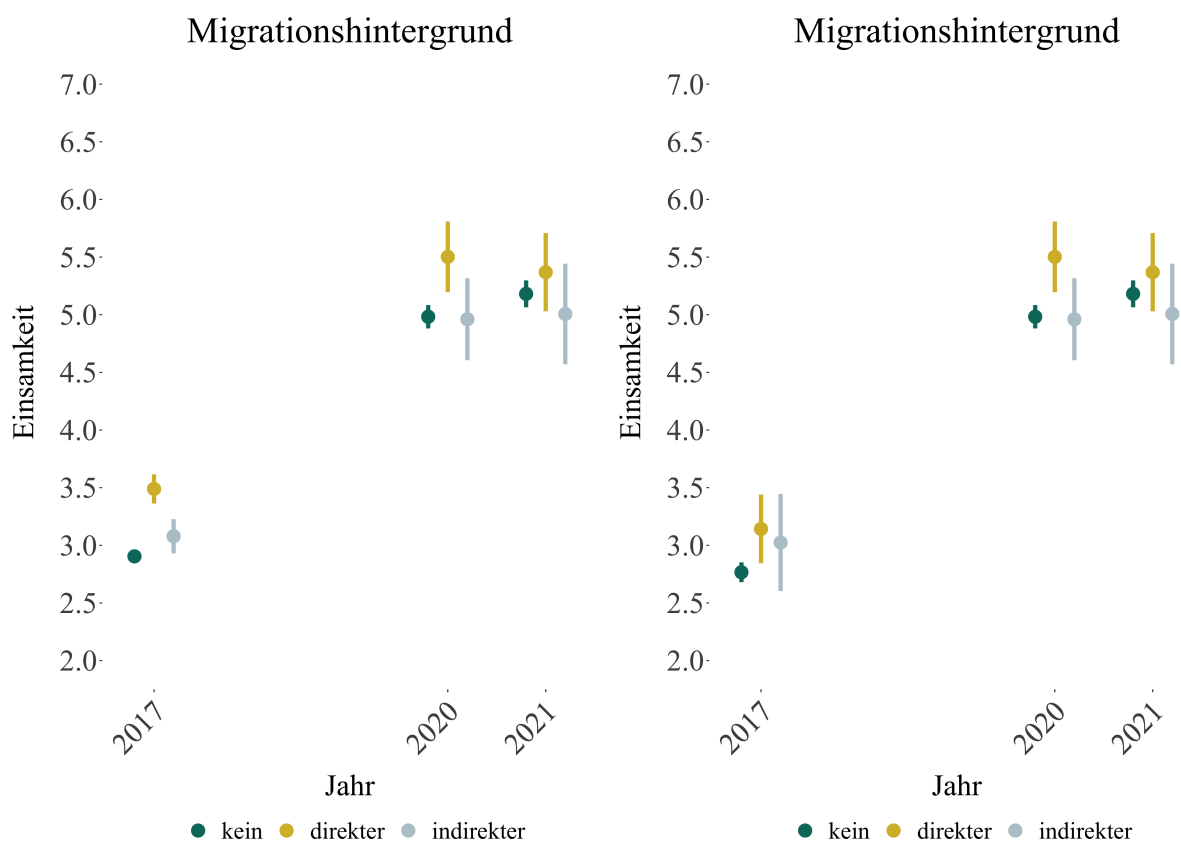


Abbildung 19: Einsamkeit nach Einkommen (SOEP-CoV-Sample rechts)

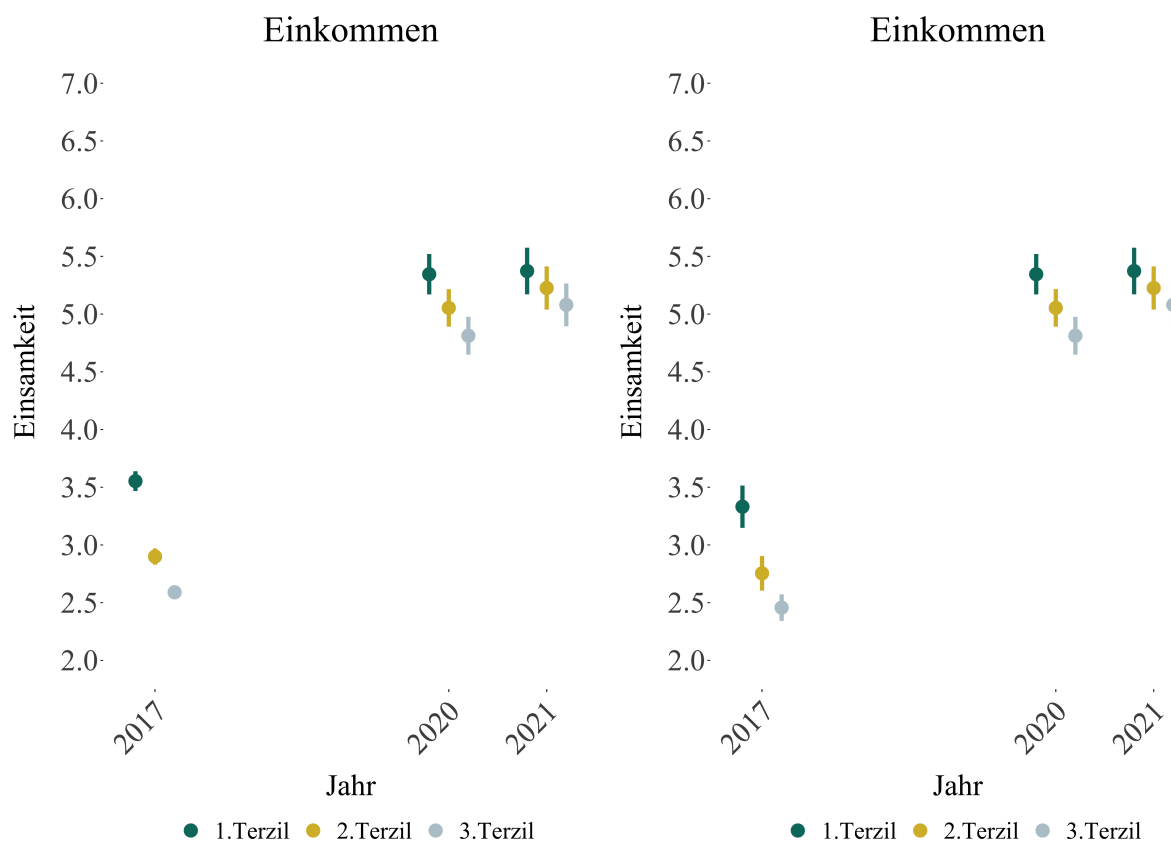


Abbildung 20: Einsamkeit nach Bildung (SOEP-CoV-Sample rechts)

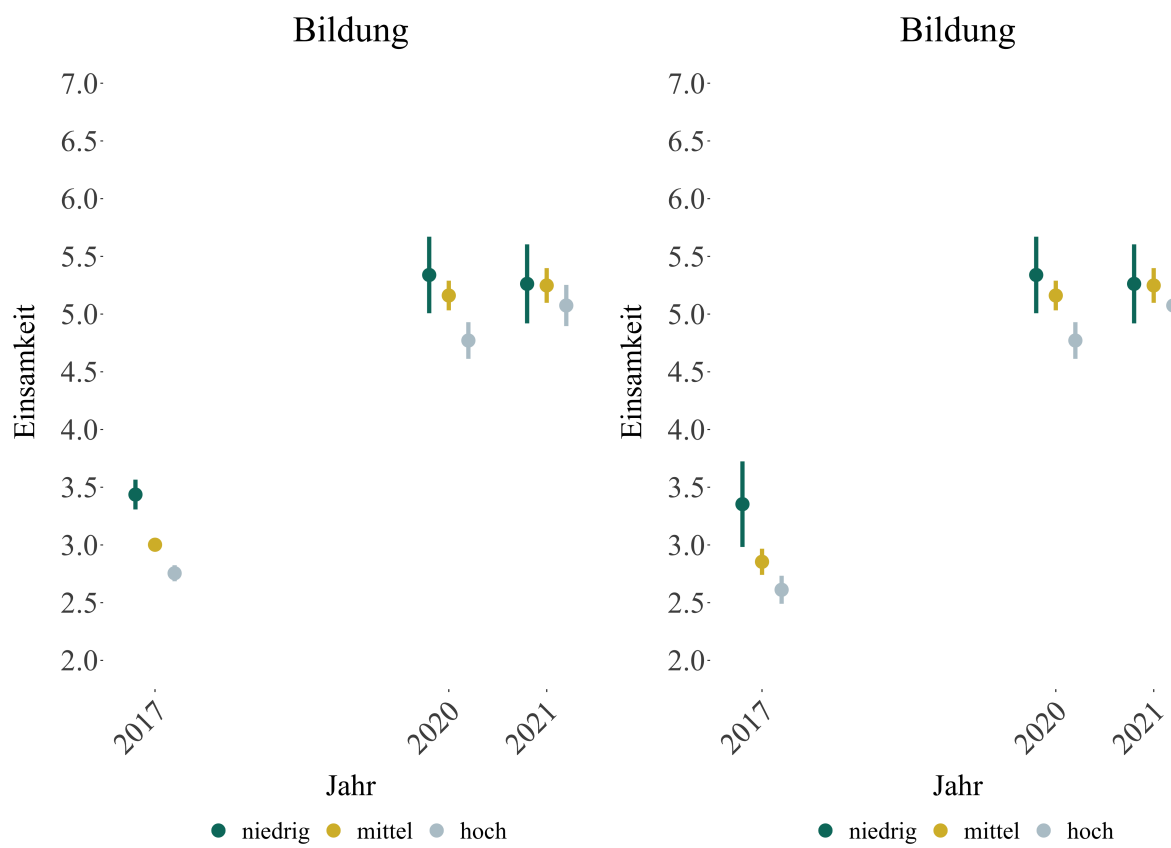


Abbildung 21: Einsamkeit nach Vorerkrankung (SOEP-CoV-Sample rechts)

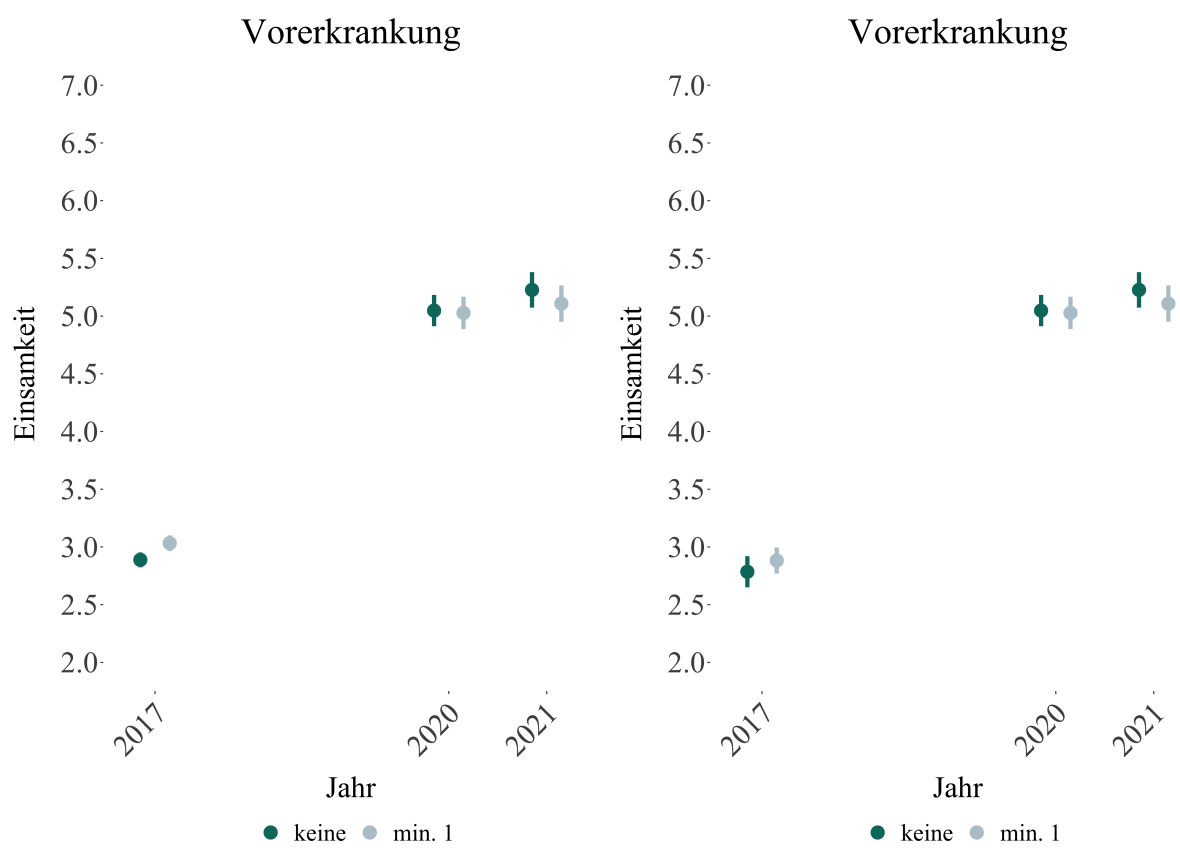


Abbildung 22: Einsamkeit nach Depressionsdiagnose (SOEP-CoV-Sample rechts)

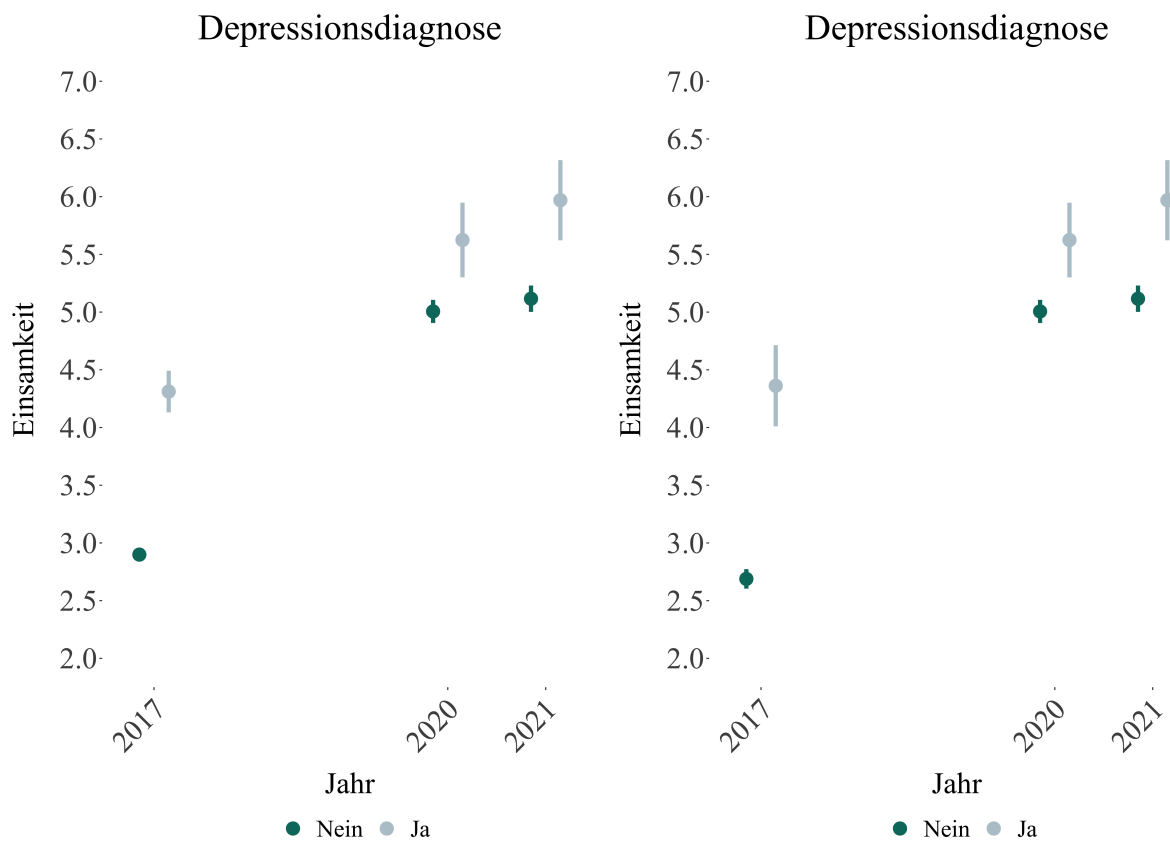


Abbildung 23: Lebenszufriedenheit nach Bildung (SOEP-CoV-Sample rechts)

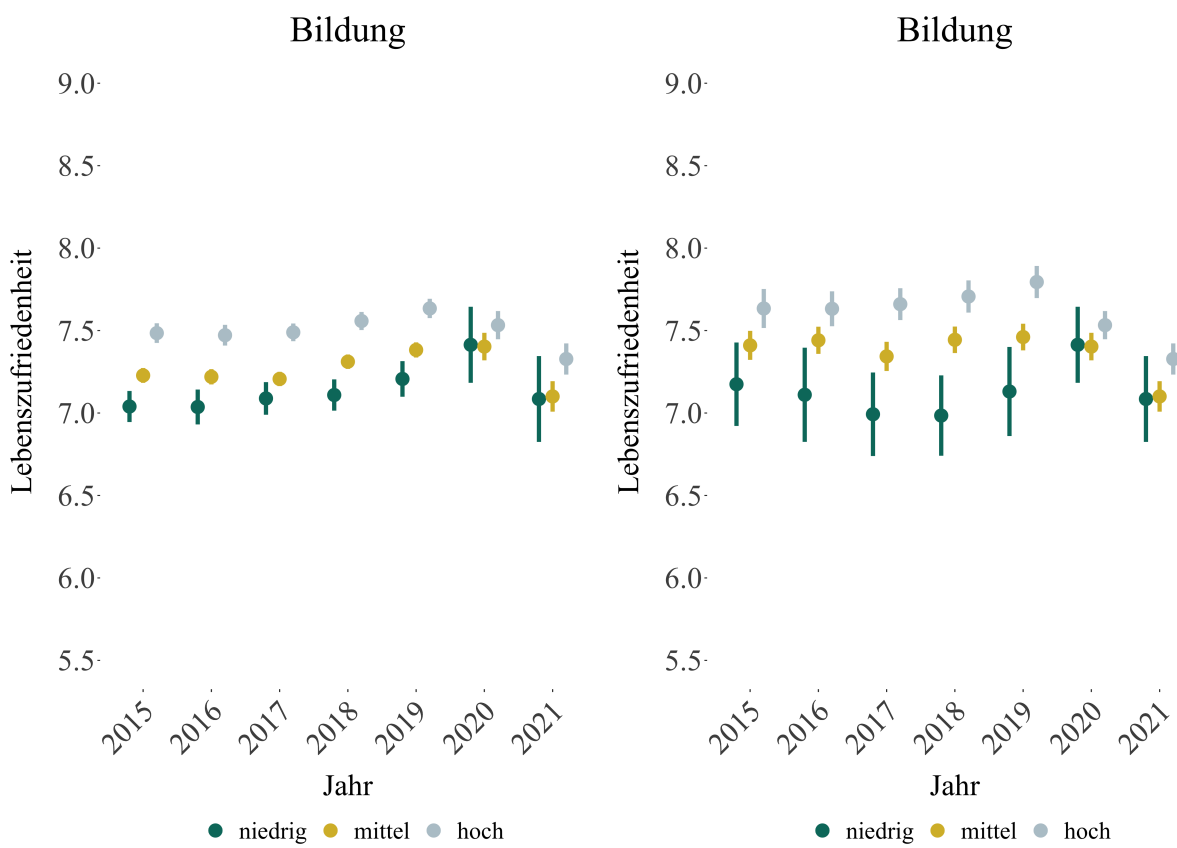


Abbildung 24: Lebenszufriedenheit nach Einkommen (SOEP-CoV-Sample rechts)

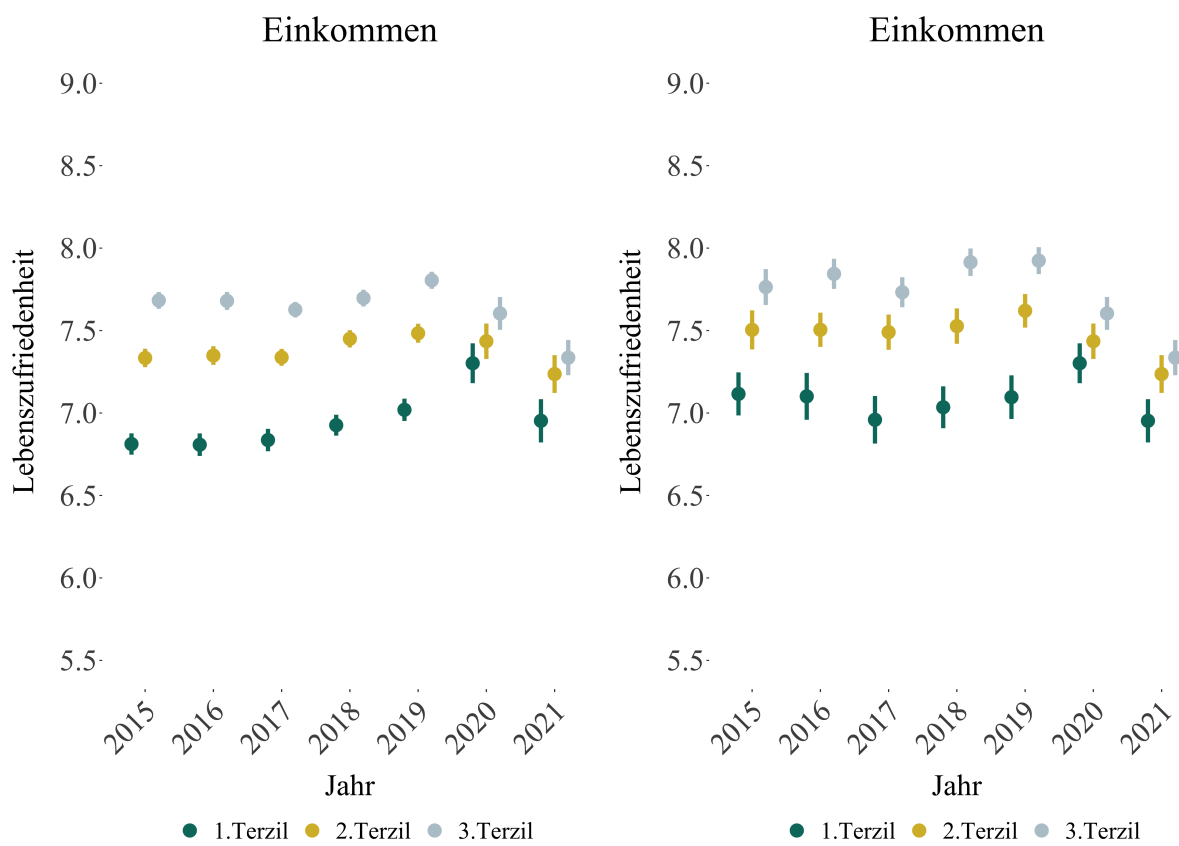


Abbildung 25: Depressions- und Angstsymptome nach Migrationshintergrund (SOEP-CoV-Sample rechts)

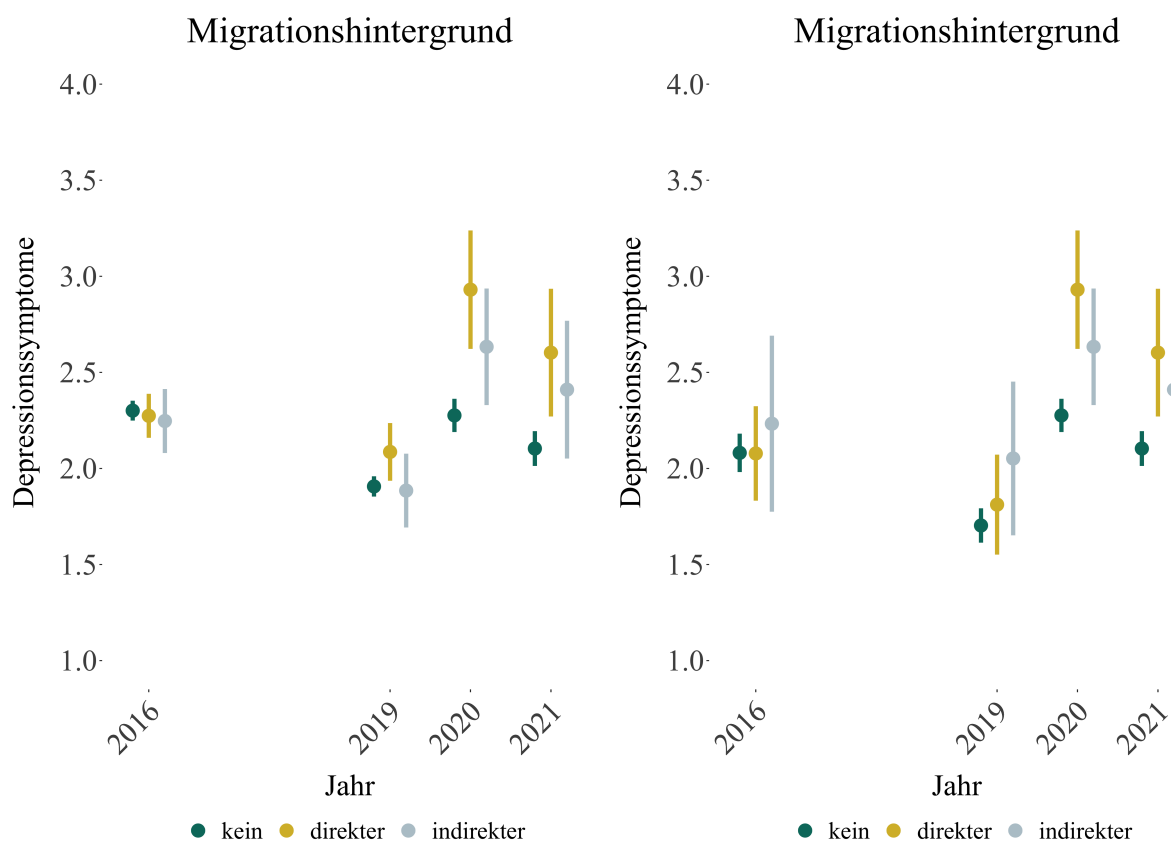


Abbildung 26: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht (SOEP-CoV-Sample rechts)

