KOMPETENZNETZ
EINSAMKEIT

KNE Expertise 4/2022

EPIDEMIOLOGIE VON EINSAMKEIT IN DEUTSCHLAND

Dr. Theresa Entringer

www.kompetenznetz-einsamkeit.de

Im Jahr 2022 erscheinen Expertisen zu folgenden Themen:

Theoretische und Methodologische Grundlagen:

1. Definition und Formen der Einsamkeit
   Autorin: Prof. Dr. Maike Luhmann
2. Qualitative Erhebungsverfahren von Einsamkeit
   Autorin: Prof. Dr. Marlen Niederberger
3. Quantitative Erhebungsverfahren von Einsamkeit
   Autor: Prof. Dr. Marcus Mund

Lebenslagenorientierte Expertisen:

4. Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland
   Autorin: Dr. Theresa Entringer
5. Wechselwirkung von Einsamkeit und Armut
   Autoren: Prof. Dr. Jörg Dittmann & Dr. Jan Goebel
6. Wechselwirkung von Einsamkeit mit Migrations- und Fluchterfahrungen
   Autor*innen: Prof. Dr. Thomas Geisen, Lea Widmer und Anna Yang
7. Wechselwirkung von Einsamkeit mit Geschlecht, Gender und sexueller Orientierung
   Autorin: Dr. Mirjam Fischer
8. Wechselwirkung von Einsamkeit mit raumbezogenen Faktoren (ländlichen Raum und Stadt)
   Autorin: Prof. Dr. Claudia Neu
9. Wechselwirkung von Einsamkeit mit chronischen Erkrankungen/ Einschränkungen
   Autor: Prof. Dr. Ingolf Prosetzky

Expertisen mit gesellschaftspolitischem Bezug:

10. Soziale und gesundheitliche Folgen von Einsamkeit
    Autorin: Dr. Susanne Bücker
11. Einsamkeit und demokratische Teilhabe/ Einstellungen
    Autor: Dr. Janosch Schobin

Vorwort

Das Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) setzt sich mit den Ursachen, Erlebensweisen und Folgen von Einsamkeit auseinander und fördert die Erarbeitung und den Austausch über mögliche Präventions- und Interventionsmaßnahmen in Deutschland. Dazu verbindet das KNE Forschung, Netzwerkarbeit und Wissenstransfer. Im Rahmen der KNE Expertisen wird das vorhandene Wissen zu ausgewählten Fragestellungen zur Vorbeugung und Bekämpfung von Einsamkeit durch ausgewiesene Expert*innen gebündelt und einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Erkenntnisse der Expertisen sollen einen fachlichen Diskurs und die evidenzbasierte Weiter-/ Entwicklung von Maßnahmen gegen Einsamkeit fördern und dienen nicht zuletzt auch als wichtige Informationsquelle für die Arbeit des KNE.

Bei Fragen und Hinweisen zu den KNE Expertisen treten Sie gerne mit uns in Kontakt. Nähere Informationen zum KNE, den einzelnen Expertisen und zu den Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter: www.kompetenznetz-einsamkeit.de

Das KNE ist ein Projekt des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS e.V.) und wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Inhalt

Vorwort 3
Inhalt 4

1 Einleitung 7

2 Datengrundlage und Methode 10
2.1. Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) 10
2.2. Die SOEP-CoV Studie 11
2.3. Messung von Einsamkeit 12
2.4. Messung der Stratifizierungsvariablen 13
2.5. Geltungsbereich der Expertise 16

3 Einsamkeitsprävalenz in Deutschland 18
3.1. Vor der Covid-19 Pandemie 19
3.2. Während der Covid-19 Pandemie 20

4 Risikogruppen für Einsamkeit 22
4.1. Vor der Covid-19 Pandemie 22
4.2 Während der Covid-19 Pandemie 27

5 Potentielle Ursachen für Einsamkeit in den Risikogruppen 31
5.1. Vor der Covid-19 Pandemie 31
5.2. Während der Covid-19 Pandemie 32

6 Implikationen und Handlungsempfehlungen 34
6.1. Vor der Covid-19 Pandemie 34
6.2. Während der Covid-19 Pandemie 35

7 Schlussbemerkungen 37

8 Literaturverzeichnis 39

9 Anhang 42

Tabellenverzeichnis 46
Impressum 47

Dr. Theresa Entringer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Sie forscht insbesondere zu den Themen Persönlichkeitsentwicklung, psychische Gesundheit und Einsamkeit unter Verwendung des Soziooekonomischen Panels. Hierbei hat sie unter anderem die Einflüsse der Corona-Pandemie auf das Wohlbefinden und psychische Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen erforscht.

1 Einleitung

Ziel der vorliegenden Expertise ist ein allgemeiner Überblick über die Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland. Einsamkeit ist dabei definiert als ein unangenehmes Gefühl, das aus einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen entsteht (Peplau/Perlman 1982). Diese Diskrepanz kann sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht wahrgenommen werden. Das bedeutet, eine Person kann sowohl dann einsam sein, wenn sie weniger soziale Beziehungen hat, als sie sich wünscht (quantitativ), als auch dann, wenn ihre sozialen Beziehungen nicht so tief und erfüllend sind, wie sie es sich wünscht (qualitativ). Wichtig ist, dass Einsamkeit ein subjektives Gefühl ist und sich daher abgrenzen lässt von objektiven Zuständen des Alleinseins, wie beispielsweise der sozialen Isolation. Insbesondere entsteht Einsamkeit aus der Diskrepanz zwischen dem individuellen Bedürfnis nach sozialen Beziehungen und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen (Peplau/Perlman 1982). Soziale Isolation ist im Gegensatz dazu eine objektive Beschreibung der tatsächlich (nicht) vorhandenen sozialen Beziehungen – ohne diese mit dem individuellen Bedürfnis nach sozialen Beziehungen in Bezug zu setzen. Damit hängen Einsamkeit und soziale Isolation zwar zusammen (Beller/Wagner 2018: 808; Hawkley/Cacioppo 2010: 2018) – sind jedoch auch unterschiedlich: Es gibt Menschen die objektiv alleine sind, sich aber auch nicht mehr Kontakte wünschen und sich daher nicht einsam fühlen. Gleichzeitig gibt es Menschen, die objektiv viele soziale Kontakte haben, diese aber in Qualität oder Quantität nicht ihren gewünschten Kontakten entsprechen. Diese Menschen fühlen sich einsam, obwohl sie nicht sozial isoliert sind. Das Gefühl der Einsamkeit ist dabei äußerst unangenehm und ähnelt körperlichen Schmerzen (Peplau/Perlman 1982).

Einsamkeit ist keine klinische Diagnose im klassischen Sinne. Das heißt, es gibt keinen ICD-11 oder DSM-5 Schlüssel, nach dem Personen als einsam diagnostiziert werden können, wenn sie bestimmte Symptome zeigen. Ferner gibt es keine standardisierten Therapieangebote oder Medikamente gegen dieses

Gefühl. Dennoch ist heute klar, dass Einsamkeit mit großen Risiken einhergeht. Beispielsweise ist bekannt, dass chronische Einsamkeit sowohl psychische als auch physische Erkrankungen begünstigt. Chronisch einsame Menschen haben eine geringere Lebenszufriedenheit und ein geringeres allgemeines Wohlbefinden, ein höheres Risiko an Angststörungen oder Depressionen zu erkranken, und neigen eher zu Substanzmissbrauch (Domènech-Abella/Mundó/Haro et al. 2019: 82; Horigian/Schmidt/Feaster 2021: 5; Mellor/Stokes/Firth et al. 2008: 2016). Darüber hinaus haben einsame Menschen verglichen mit nicht-einsamen Menschen häufiger Schlafprobleme, ein höheres Risiko an koronaren Herzerkrankungen, Schlaganfällen oder Herzinfarkten zu erkranken und insgesamt eine reduzierte Immunabwehr. Außerdem konnte gezeigt werden, dass einsame Menschen gegenüber nicht-einsamen Menschen beschleunigte physiologische Alterungsprozesse zeigen (Hawkley/Cacioppo 2007; Hom/Chu/Rogers et al. 2020; Valtorta/Kanaan/Gilbody et al. 2016). Diese individuellen Einsamkeitsfolgen gehen mit immensen gesellschaftlichen Konsequenzen einher, die in etwa gleichgesetzt werden mit den gesellschaftlichen Folgen, die durch Zigarettenkonsum, Bluthochdruck oder Übergewicht entstehen (Holt-Lunstad/Smith/Baker et al. 2015). Da Einsamkeit sehr viele Menschen betrifft und Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft hat, ist Einsamkeit ein Public Health Concern (Hunter 2012).

Die genannten Probleme, die durch Einsamkeit entstehen können, betreffen chronisch einsame Menschen, d. h. jene Menschen, die dauerhaft unter einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen tatsächlichen und gewünschten sozialen Beziehungen leiden. Von diesem chronischen Zustand abgegrenzt wird die Zustandseinsamkeit. Darunter versteht man jene Einsamkeit, die entsteht, wenn das soziale Netzwerk für einen eher kurzen Zeitraum und eher anlassbezogen (beispielsweise durch Umzüge oder Krankheiten, die den Kontakt zu anderen Menschen erschweren) als defizitär wahrgenommen wird. Diese Zustandseinsamkeit birgt verglichen mit chronischer Einsamkeit weniger Risiken für die Gesundheit des Individuums; sie wird im Gegenteil sogar manchmal als funktional beschrieben. Dies rührt daher, dass Menschen grundsätzlich dazu motiviert sind, unangenehme Gefühle zu beenden und daher versuchen sollten, ihre

sozialen Beziehungen zu verbessern, sobald sie sich einsam fühlen. Für die vorliegende Expertise ist die Unterscheidung zwischen chronischer Einsamkeit und Zustandseinsamkeit wichtig, da vermutet wird, dass Anstiege der Einsamkeit während der Covid-19 Pandemie eventuell auf Anstiege der Zustandseinsamkeit zurückzuführen sind, und nicht notwendigerweise auf Anstiege der chronischen Einsamkeit. An den relevanten Stellen dieser Expertise wird daher auf diese Unterscheidung Bezug genommen.

Eine weitere Unterscheidung, die in der Literatur häufig vorgenommen wird, ist die Unterscheidung zwischen emotionaler, sozialer und kollektiver Einsamkeit (Cacioppo/Cacioppo/Cole et al. 2015: 240). Emotionale Einsamkeit bezieht sich dabei auf das Fehlen einer engen, intimen Beziehung, wie zum Beispiel einer romantischen Beziehung. Soziale Einsamkeit bezieht sich hingegen auf den Mangel an Freundschaften und anderen persönlichen Beziehungen. Kollektive Einsamkeit bezieht sich schließlich auf ein Gefühl der fehlenden Zugehörigkeit zu einer größeren Gemeinschaft oder zur Gesellschaft insgesamt. Auch wenn diese Unterscheidung theoretisch sehr sinnvoll ist, ist es in der Praxis oft schwierig die verschiedenen Aspekte getrennt voneinander zu betrachten.

Aus diesem Grund ist in der vorliegenden Expertise allgemein von Einsamkeit die Rede, die jedoch alle diese drei Aspekte mit einbezieht.

Um einen vollständigen Überblick über die Epidemiologie der Einsamkeit in Deutschland geben zu können, werden im folgenden Unterkapitel zunächst die methodischen Grundlagen der Analysen dargelegt (Kapitel 2). Im Folgekapitel wird dann die Frage beantwortet, wie viele Menschen in Deutschland insgesamt von Einsamkeit betroffen sind (Kapitel 3). Anschließend wird die Frage beantwortet, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders von Einsamkeit betroffen sind (Kapitel 4). Hierfür werden die Einsamkeitsprävalenzen getrennt für verschiedene Stratifizierungsvariablen, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Einkommen und Migrationshintergrund dargestellt. Abschließend werden Ursachen der Einsamkeit in bestimmten Bevölkerungsgruppen

diskutiert (Kapitel 5) und Implikationen und Handlungsempfehlungen abgeleitet (Kapitel 6). Alle Analysen werden dabei im Zeitverlauf dargestellt, wodurch eine getrennte Betrachtung der Einsamkeitsprävalenzen vor der Covid-19 Pandemie und während der Covid-19 Pandemie möglich ist.

2 Datengrundlage und Methode

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die zugrundeliegenden Daten und die verwendeten Erhebungsinstrumente dieser Expertise. Die Datengrundlage bildet das sozio-oekonomische Panel (SOEP), die einzige bevölkerungsrepräsentative Längsschnittbefragung in Deutschland in der Einsamkeit wiederholt erfasst wurde. Das SOEP wird dabei ergänzt durch eine Sonderbefragung während der Corona-Pandemie, das SOEP-CoV Projekt. Beide Befragungen werden im Folgenden genauer beschrieben.

2.1. Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP)

Das SOEP ist eine repräsentative jährliche Wiederholungsbefragung privater Haushalte, die seit 1984 durchgeführt wird (Goebel/Grabka/Liebig et al. 2019). Aktuell werden jedes Jahr rund 30 000 Befragte in etwa 15 000 Haushalten durch die infas Institut für angewandte Sozialforschung GmbH befragt. Die Befragungen werden dabei durch geschulte Interviewer*innen, die die Mitglieder des jeweiligen Haushalts persönlich befragen, durchgeführt. Das Besondere am SOEP ist, dass es sich um eine Langzeitbefragung handelt – also jedes Jahr dieselben Menschen befragt werden. Dadurch können nicht nur langfristige Trends, sondern auch gruppenspezifische Entwicklungen über das Leben betrachtet werden. Das SOEP enthält eine Vielzahl an Informationen zu den Befragten – auf Individual- und Haushaltsebene. Hierzu zählen neben soziodemografischen Charakteristika

(Alter- und Geschlecht der Haushaltsmitglieder, Bildung, Haushaltszusammensetzung, Wohnort etc.) auch Informationen zum Erwerbsstatus (Arbeitszeit, Erwerbseinkommen, Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb, etc.) sowie Fragen zu Gesundheit, Sorgen oder Lebenszufriedenheit. Einsamkeit wurde im SOEP bisher in zwei Wellen erhoben, das erste Mal in 2013 und das zweite Mal in 2017. Die Ergebnisse aus beiden Befragungen liegen der vorliegenden Expertise zugrunde.

2.2. Die SOEP-CoV Studie

Bei der SOEP-CoV Studie handelt es sich um eine Coronasonderbefragung, die seit dem 30. März 2020 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderaufrufs zur Erforschung von COVID-19 im Zuge des Ausbruchs von Sars-CoV-2 (Förderkennzeichen 01KI2087B) gefördert wird. In ihrem Rahmen wurden SOEP Haushalte vom 31. März 2020 bis zum 4. Juli 2020 und erneut vom 1. Januar bis 28. Februar 2021, zusätzlich zu der regelmäßigen jährlichen Befragung befragt. Inhalte der Sonderbefragung waren unter anderem die berufliche und familiäre Situation sowie die psychische Gesundheit und Einsamkeit. Aufgrund der geltenden Kontaktbeschränkungen während der Corona-Pandemie wurde im Rahmen der SOEP-CoV Studie die persönliche Befragung der Studienteilnehmenden aufgegeben. Stattdessen basiert die SOEP-CoV Studie auf telefonisch durchgeführten Interviews von SOEP-Befragten. In der SOEP-CoV Studie wurden im ersten Befragungszeitraum 6 667 und im zweiten Befragungszeitraum 6 013 Personen telefonisch zu ihrer Einsamkeit befragt. Da die Teilnehmenden an SOEP-CoV aus der SOEP Stichprobe ausgewählt wurden, ist es ferner möglich, die Datensätze zusammenzuführen und Entwicklungen und Veränderungen im Zeitverlauf darzustellen. Nähere Informationen zur SOEP-CoV Studie finden sich unter https://www.soep-cov.de/.

2.3. Messung von Einsamkeit

Im Rahmen der SOEP und der SOEP-CoV Studie wurde Einsamkeit mithilfe der SOEP-UCLA Einsamkeitsskala (Hawkley/Duvoisin/Ackva et al. 2016) erhoben.

Dieser Fragebogen umfasst drei Fragen, die gemeinsam die aktuelle Einsamkeit der Befragten erfassen. 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 Befragten werden gebeten, die drei Fragen zu ihrer Einsamkeit mithilfe einer fünf-stufigen Antwortskala von "Nie" (1) bis "Sehr oft" (5) zu beantworten. Die Antworten auf alle drei Fragen wurden für die folgenden Analysen zu einem Einsamkeitsindex für jede Person gemittelt (mögliche Werte zwischen 1 und 5, höhere Werte entsprechen größerer Einsamkeit). Um im Folgenden die Ergebnisse und Effektstärken einfacher und direkter interpretieren zu können, wird eine binäre Einsamkeitsklassifikation verwendet. Hierzu werden Personen als einsam klassifiziert, die mindestens einen Mittelwert von 3 auf Einsamkeitsskala erzielten, also im Durchschnitt angaben, sich mindestens manchmal einsam zu fühlen. Im SOEP wurde Einsamkeit in 2013 und in 2017 gemessen. In SOEP-CoV wurde Einsamkeit sowohl in der ersten Befragung von März bis Juli 2020 als auch in der zweiten Befragung im Januar und Februar 2021 gemessen. Insgesamt gibt die vorliegende Expertise also Auskunft über Einsamkeit im Zeitverlauf von 2013 bis 2021. Dafür werden die Ergebnisse aus allen vier Jahren grafisch dargestellt. Aus Platzgründen wird im Text jedoch vorwiegend auf die Einsamkeitsprävalenzen aus den Jahren 2017 (vor der Covid-19 Pandemie) und 2021 (während der Covid-19 Pandemie) eingegangen. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Stichprobenzusammensetzung aus den unterschiedlichen Erhebungsjahren, die der vorliegenden Expertise zugrunde liegt.

2.4. Messung der Stratifizierungsvariablen

Um einschätzen zu können, ob sich Unterschiede in der Einsamkeit nach soziodemographischen Merkmalen ergeben, werden in Kapitel 4 die Einsamkeitszahlen getrennt für verschiedene Stratifizierungsvariablen dargestellt, die im Folgenden genauer beschrieben werden. Wichtig ist, dass die jeweiligen Variablen in der Regel jährlich im SOEP erhoben werden. Die SOEP-CoV Studie stellt dazu jedoch eine Ausnahme dar: hier wurde auf die Befragung dieser Angaben aus Zeitgründen verzichtet. Für die Analysen der vorliegenden Expertise wurden die interessierenden Variablen deshalb aus der SOEP Befragung 2019 angespielt. Tabelle 1 zeigt ebenfalls eine Übersicht über die Zusammensetzung der Stichproben innerhalb der einzelnen Stratifizierungsvariablen.

Alter. Die vorliegende Expertise weist die Einsamkeitsprävalenzen in Anlehnung an die OECD Klassifizierung des Alters getrennt für fünf Altersgruppen aus: (1) die unter 30-jährigen, (2) die 30- bis 45-jährigen, (3) die 45- bis 60-jährigen, (4) die 60- bis 75-jährigen, (5) und die über 75-jährigen.

Geschlecht. Das Geschlecht wird im SOEP binär, als männlich oder weiblich, erhoben. Die vorliegende Expertise weist dementsprechend die Einsamkeitszahlen getrennt für diese beiden Geschlechter aus.

Bildungshintergrund. Die vorliegende Expertise weist die Einsamkeitsprävalenzen für drei Bildungsgruppen (niedrig, mittel, hoch) aus. Die drei Bildungsgruppen wurden 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. Die mittlere Bildungsgruppe umfasst die restlichen mittleren Bildungsabschlüsse.

Einkommen. Die Effekte des Einkommens werden auf Basis des verfügbaren Haushaltseinkommens dargestellt. 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 sogenannten Quadrat-Wurzel-Äquivalenzskala bedarfsangepasst. Aus der Verteilung dieses Einkommens werden drei gleichgroße Gruppen, sogenannte Terzile gebildet, die den oberen, mittleren und unteren Teil des materiellen Lebensstandards in Deutschlands widerspiegeln.

Migrationshintergrund. Die vorliegende Expertise weist die Einsamkeitszahlen getrennt für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund aus. Dabei hat eine Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst (direkter Migrationshintergrund) oder mindestens ein Elternteil (indirekter Migrationshintergrund) nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer*innen, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedler*innen sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen.

Erwerbstätigkeit. Die vorliegende Expertise unterscheidet außerdem zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen. Eine Erwerbstätigkeit wurde als vorhanden kodiert, wenn die Befragten angaben, innerhalb der letzten sieben Tage einer bezahlten Arbeit nachgegangen zu sein. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass in die Gruppe derjenigen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, sowohl arbeitssuchende Personen, als auch Studierende und zum Beispiel Rentner*innen ohne Erwerbstätigkeit fallen.

Umfang der Erwerbstätigkeit. Beim Umfang der Erwerbstätigkeit wurde unterschieden zwischen Menschen, die Vollzeit erwerbstätig sind und Menschen, die nicht Vollzeit erwerbstätig sind.

Schichtarbeit. Hinsichtlich der Schichtarbeit wurde unterschieden zwischen Menschen, die in Schichten arbeiten und Menschen, die nicht in Schichten arbeiteten. Schichtarbeit wurde dann kodiert, wenn die Befragten angaben, täglich bis wochenweise in Spätarbeit, Nachtarbeit, oder Wochenendarbeit zu arbeiten.

Wohnort. Der Wohnort wurde mithilfe von zwei verschieden Variablen erfasst. Zum einen wurde unterschieden zwischen Menschen, die in Ost- versus Westdeutschland leben und zum anderen wurde unterschieden zwischen Menschen, die in der Stadt versus Menschen, die auf dem Land leben.

Psychische Vorerkrankungen. Eine psychische Vorerkrankung wurde dann kodiert, wenn die Befragten angaben, jemals eine offizielle Diagnose einer Depression erhalten zu haben.

Lebenssituation. Hinsichtlich der Lebenssituation wurde unterschieden zwischen Einpersonenhaushalten, Paaren mit Kindern, Paaren ohne Kinder, Alleinerziehenden, und Sonstigen. Unter Sonstige fallen beispielsweise Wohngemeinschaften.

2.5. Geltungsbereich der Expertise

Die vorliegenden Analysen beziehen sich auf alle Personen in Deutschland, die 17 Jahre und älter sind und in Privathaushalten leben. Das bedeutet, die vorliegenden Analysen können keine Aussagen treffen über Kinder und Jugendliche sowie über Menschen, die in staatlichen oder privaten Institutionen leben. Darüber hinaus wurde ein Gewichtungsverfahren gewählt, das Designeffekte und non-response berücksichtigt und die Verallgemeinerung auf die Gesamtpopulation der in Deutschland lebenden Menschen zulässt. Weitere Details des Gewichtungsverfahrens können unter https://www.diw.de/en/diw_01.c.602125.en/sampling_and_weighting.html (SOEP) und https://soep-cov.de/Gewichtung/ (www.soep-cov.de) nachgelesen werden.

Tabelle 1. Stichprobenzusammensetzung in Prozent innerhalb der verschiedenen Erhebungsjahre und Stratifizierungsvariablen.

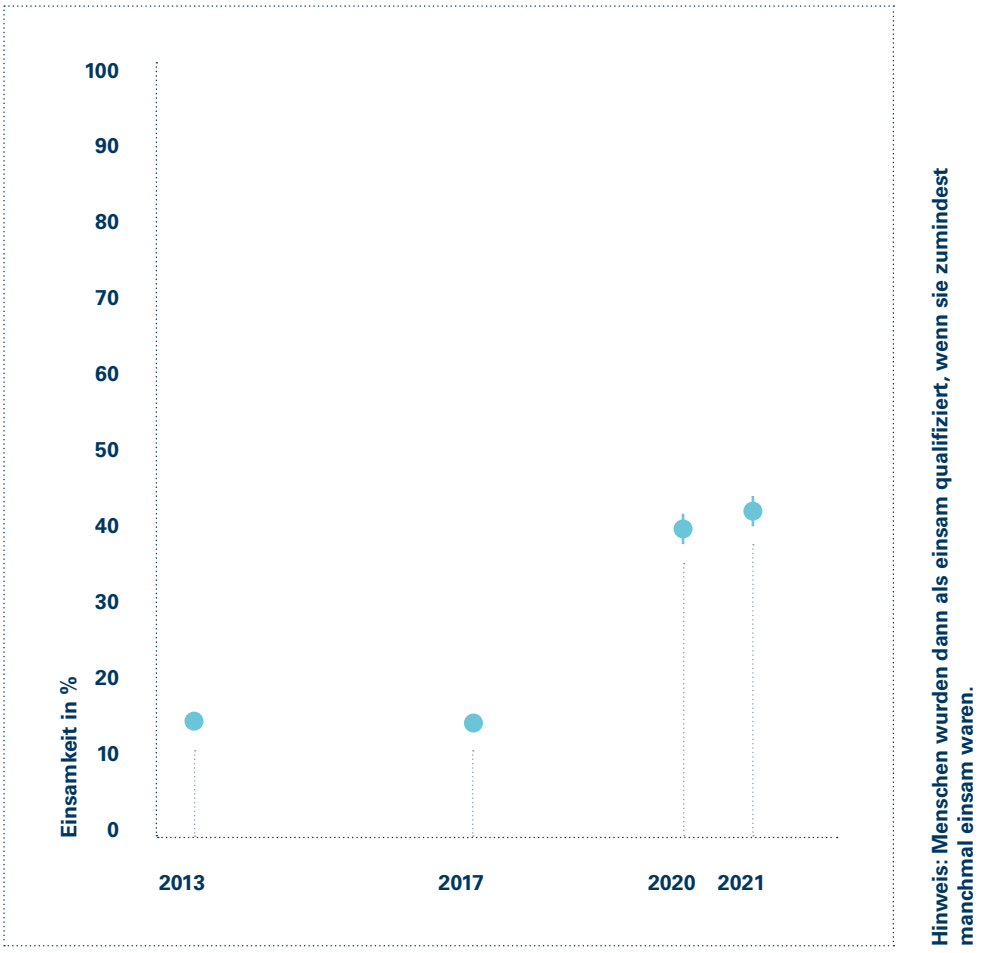
Anmerkung. Aufgrund von fehlenden Werten können Zahlen innerhalb der Stratifizierungsvariablen von der Gesamtstichprobengröße abweichen.

Stratifizierungsvariable	Stichprobenzusammensetzung (in %)			
	2013	2017	2020	2021
Alter				
unter 30-jährige	15.45	21.43	8.07	6.70
30- bis 45-jährige	29.91	26.62	22.48	21.26
45- bis 60-jährige	28.28	28.54	35.29	35.66
60- bis 75-jährige	18.96	16.35	23.75	25.18
über 75-jährige	7.40	7.15	10.40	11.19
Geschlecht				
weiblich	54.78	52.76	60.65	60.78
männlich	45.22	47.24	39.35	39.22
Bildung				
niedrig	14.23	15.04	8.54	8.25
mittel	57.14	55.20	54.44	54.26
hoch	28.63	29.76	37.02	37.49
Einkommen				
niedrig	32.70	32.84	31.39	30.39
mittel	33.33	32.91	33.09	33.32
hoch	33.97	34.25	35.51	36.30
Migrationshintergrund				
kein	84.81	68.67	83.08	83.57
direkt	10.51	25.50	12.03	11.64
indirekt	4.68	5.83	4.89	4.79
Erwerbstätigkeit				
Erwerbstätige	61.92	64.58	59.18	59.31
Nicht-Erwerbstätige	38.08	35.42	40.82	40.69
Umfang der Erwerbstätigkeit				
Vollzeit	37.45	38.94	36.33	36.29
Nicht-Vollzeit	62.55	61.06	63.67	63.71
Schichtarbeit				
ja	26.15	25.77	0.76	0.54
nein	73.85	74.23	99.24	99.46
Wohnort				
Ostdeutschland	22.33	19.87	19.71	19.44
Westdeutschland	77.67	80.13	80.29	80.56
Stadt	64.21	65.49	65.93	66.14
Land	35.79	34.51	34.07	33.86
Vorerkrankung				
Depressionsdiagnose	5.25	7.06	9.80	9.86
Lebenssituation				
Einpersonenhaushalten	14.01	14.84	25.11	24.51
Paare mit Kindern	44.11	42.89	34.04	34.42
Paare ohne Kinder	29.91	30.94	29.61	30.17
Alleinerziehenden	10.16	8.37	9.74	9.54
Sonstigen	1.80	2.96	1.50	1.36
Gesamt *N*	25767	29779	6692	6013

3 Einsamkeitsprävalenz in Deutschland

Abbildung 1 zeigt die Gesamtprävalenz der Einsamkeit für alle in Deutschland lebenden Menschen. Nachfolgend werden die Zahlen getrennt für die Zeit vor der Covid-19 Pandemie und während der Covid-19 Pandemie besprochen. 95% Konfidenzintervalle werden jeweils in eckigen Klammern ausgewiesen.

Abbildung 1. Einsamkeitsprävalenz der in Deutschland lebenden Menschen (in %).



3.1. Vor der Covid-19 Pandemie

Abbildung 1 zeigt, dass im Jahr 2013 14,4% [13,9% - 15,2%] und im Jahr 2017 14,2% [13,5% - 14,8%] der in Deutschland lebenden Menschen zumindest manchmal einsam waren. Diese Zahl ist beachtlich und zeigt, dass das Phänomen Einsamkeit keineswegs eine Randerscheinung ist. Vielmehr betrifft Einsamkeit eine große Zahl der in Deutschland lebenden Menschen. Die Anzahl der einsamen Menschen in Deutschland ist vergleichbar mit dem europäischen Ausland. So gaben 2011 in Spanien beispielsweise 11.5% der Menschen an, regelmäßig einsam zu sein (Yang/Victor 2011: 1376), im Vereinigten Königreich waren 2018 ca. 16 % der Menschen zumindest manchmal einsam (Pyle/Evans 2018) und in Griechenland waren 2016 sogar ca. 21% der Menschen einsam (Baarck/Balahur/Cassio et al. 2021: 31)[1].

Im europäischen Vergleich existiert dabei ein deutliches regionales Gefälle: Während Menschen in den nördlichen Ländern tendenziell weniger oft einsam sind (< 10% von Einsamkeit betroffen), sind insbesondere Menschen in den östlichen Ländern häufiger einsam (> 20% von Einsamkeit betroffen; Surkalim/Luo/Eres et al. 2022; Yang/Victor 2011: 1376). In Deutschland lagen die Werte vor Beginn der Covid-19 Pandemie dabei im unteren europäischen Durchschnitt.

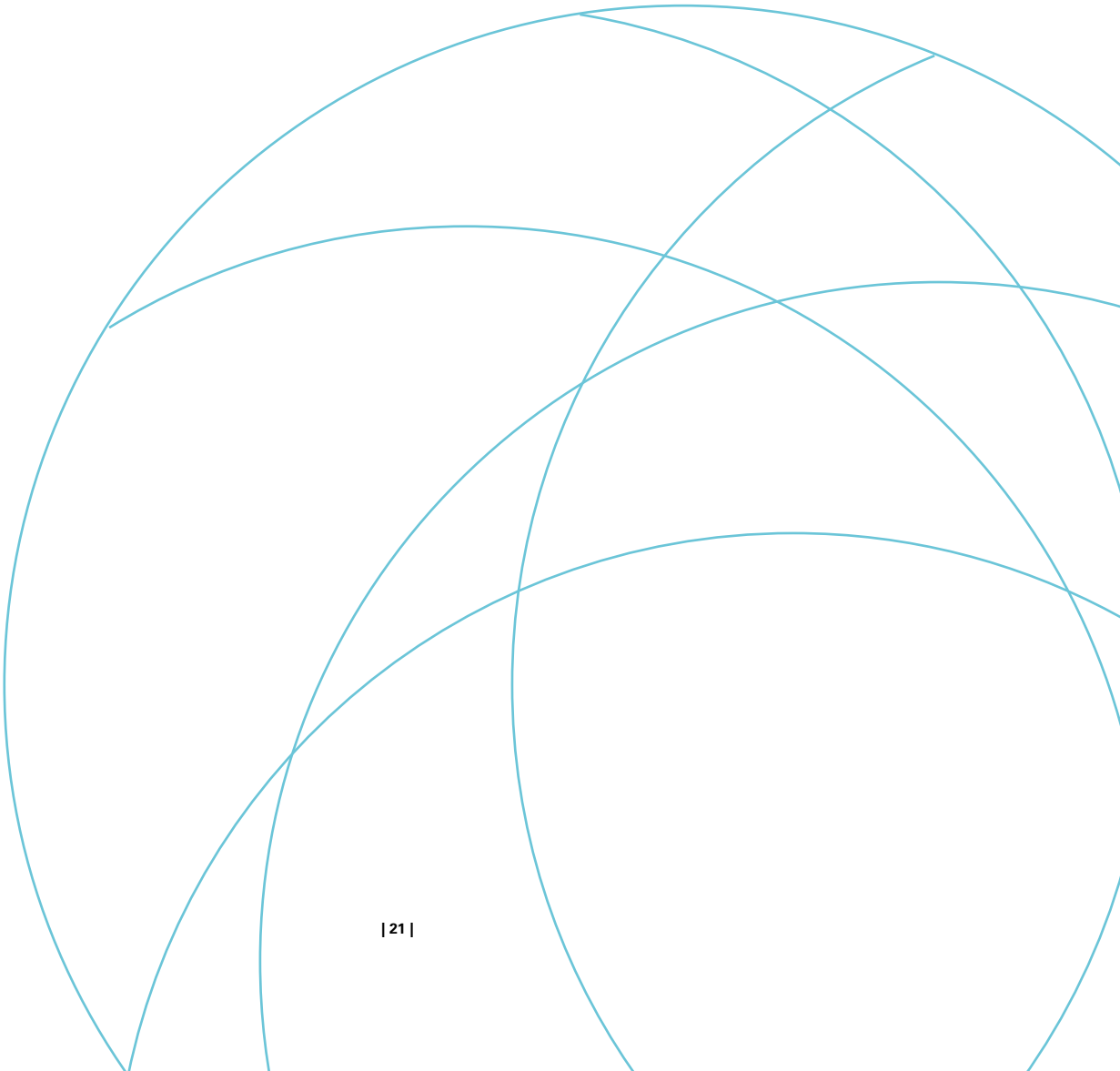
[1] Einsamkeit wurde in den genannten Studien zum Teil unterschiedlich erfasst (verschiedene Erhebungsinstrumente) und definiert (manchmal einsam bzw. oft oder regelmäßig einsam). Daher sind die hier genannten Zahlen nicht direkt vergleichbar; sie können jedoch allgemeine Trends darstellen.

3.2. Während der Covid-19 Pandemie

Während des ersten zur Bekämpfung der Ausbreitung des Coronavirus veranlassten Lockdowns im März 2020 stieg die Zahl der einsamen Menschen in Deutschland sprunghaft an. Wie Abbildung 1 zeigt, waren in diesem Zeitraum 40,1% [38,2% - 41,9%] der in Deutschland lebenden Menschen zumindest manchmal einsam. Dieser Wert ist im Vergleich zu den Vorjahren besorgniserregend hoch und hängt höchstwahrscheinlich mit der durch die Kontaktrestriktionen verursachten sozialen Isolation zusammen. Im internationalen Vergleich zeigte sich nicht immer ein einheitliches Bild: Zwar fanden manche Studien (z.B. Baarck/Balahur/Cassio et al. 2021: 31) ebenfalls einen Anstieg der Einsamkeit, andere fanden hingegen relativ stabile Einsamkeitswerte auch während der Lockdowns (Buecker/Horstmann 2021: 282). Allerdings sei hier anzumerken, dass die überwiegende Mehrheit aller Studien zu Einsamkeit während der Covid-19 Pandemie auf querschnittlichen Daten basiert, also keinen direkten Vergleich mit den Werten der Vorjahre ermöglicht. Unter denjenigen Studien, die auf längsschnittlichen Daten basieren, finden insbesondere die Studien Anstiege der Einsamkeit, bei denen die Erhebung der Vorpandemiewerte länger zurückliegen (Buecker/Horstmann 2021: 281). Damit ist bisher jedoch nicht abschließend geklärt, warum nicht in allen Ländern Anstiege der Einsamkeit während der Lockdowns verzeichnet wurden.

Abbildung 1 zeigt darüber hinaus, dass sich die Einsamkeit im zweiten Lockdown im Vergleich zum ersten Lockdown kaum veränderte: Sie blieb mit 42,3% [40,3% - 44,2%] auf unverändert hohem Niveau, stieg aber trotz der länger andauernden Kontaktbeschränkungen auch nicht weiter an. Ob sich diese länger anhaltende Einsamkeit über die Zeit der Covid-19 Pandemie chronifiziert hat oder ob es sich bei ihr um die eingangs beschriebene Zustandseinsamkeit handelt, die mit Lockerungen der Kontaktbeschränkungen wieder abnimmt, ist aufgrund der vorliegenden Daten nicht abzuschätzen. Es bedarf daher in den nächsten Jahren einer möglichst engmaschigen Beobachtung der Einsamkeit der in Deutschland lebenden Menschen. Nur so wird es möglich sein, früh zu

erkennen, ob die Werte wieder zurückgehen. Falls dies nicht so ist, ist in den nächsten Jahren voraussichtlich mit einem (weiteren) Anstieg der psychischen Erkrankungen zu rechnen, auf die möglichst frühzeitig präventiv eingewirkt werden sollte.



4 Risikogruppen für Einsamkeit

Im Folgenden werden die Einsamkeitsprävalenzen innerhalb der verschiedenen Bevölkerungsgruppen dargestellt. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die identifizierten Risikogruppen gelegt. Die Zahlen werden dabei erneut getrennt für die Zeit vor der Covid-19 Pandemie und während der Covid-19 Pandemie aufgeführt.

4.1. Vor der Covid-19 Pandemie

Abbildung 2 zeigt die Einsamkeitsprävalenz für die verschiedenen Altersgruppen. Bei Betrachtung der Werte zeigt sich, dass vor Beginn der Covid-19 Pandemie relativ geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bestanden.

Vor Beginn der Covid-19 Pandemie waren die einsamsten Menschen die über 75-jährigen (Einsamkeitsprävalenz: 16,6% [14,4% - 18,7%]), gefolgt von der Altersgruppe der 30- bis 45-jährigen (Einsamkeitsprävalenz: 15,3% [13,8% - 16,7%]) und der unter 30-jährigen (Einsamkeitsprävalenz: 14,5% [13,0% - 16,0%]). Menschen in der Altersgruppe der 45- bis 60-jährigen (Einsamkeitsprävalenz: 13,1%, [12,0% - 14,2%]) und der 60- bis 75-jährigen (Einsamkeitsprävalenz: 12,7%, [11,3% - 14,1%]) waren am seltensten einsam. Abbildung 3 zeigt die Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Geschlecht. Erneut zeigt sich kein Unterschied zwischen den beiden vorpandemischen Befragungsjahren: Sowohl 2017 als auch 2013 waren Frauen tendenziell etwas einsamer als Männer, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren jedoch nicht gravierend. So waren vor Beginn der Covid-19 Pandemie 15,7% [14,8% - 16,6%] der Frauen und 12,5% [11,6% - 13,4%] der Männer einsam.

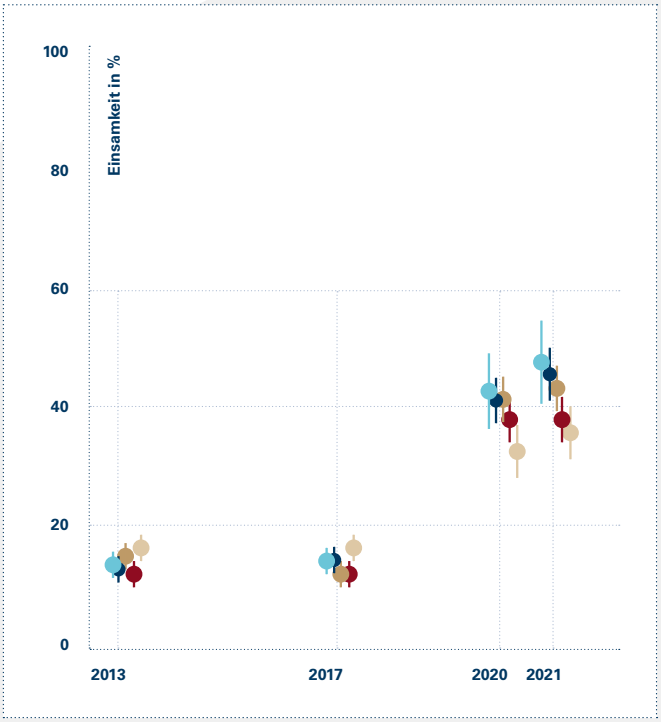


Abbildung 2.
Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Altersgruppen (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.



Abbildung 3.
Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Geschlecht (in %)

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

Hinsichtlich des Bildungshintergrunds und des Einkommens zeigte sich ein fast identisches Bild. Menschen mit niedriger Bildung bzw. niedrigem Einkommen waren einsamer als Menschen mit mittlerer und hoher Bildung bzw. Einkommen. Die Unterschiede sind beachtlich: Vor Beginn der Pandemie waren 22,1% [20,1% - 24,1%] der Menschen mit niedriger Bildung einsam, 14,1% [13,2% - 14,9%] der Menschen mit mittlerer Bildung und nur 10,0% [8,9% - 11,0%] der Menschen mit hoher Bildung. Die Prävalenzen innerhalb der Einkommensterzile unterschieden sich nicht von denen der Bildungsgruppen, was auf den engen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen zurückzuführen ist.

Hinsichtlich des Migrationshintergrunds (vgl. Abbildung 5) zeigt sich, dass Menschen mit direktem Migrationshintergrund vor Beginn der Covid-19 Pandemie wesentlich häufiger einsam waren, als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zu dieser Zeit waren 21,8% [19,8% - 23,8%] der Menschen mit Migrationshintergrund einsam, jedoch nur 12,6% [11,9% - 13,3%] der Menschen ohne Migrationshintergrund. Abbildung 6 zeigt die Einsamkeitsprävalenz für Erwerbstätige versus Nicht-Erwerbstätige. Es zeigen sich konsistente Unterschiede zwischen beiden Gruppen: Menschen, die erwerbstätig sind, sind wesentlich seltener einsam (Einsamkeitsprävalenz: 11,1% [10,4% - 11,9%]), als Menschen, die nicht erwerbstätig sind (Einsamkeitsprävalenz: 18,9% [17,7% - 20,1%]).

Abbildung 7 zeigt schließlich die Einsamkeitsprävalenzen getrennt für die verschiedenen Haushaltstypen. Es zeigt sich ein klares Gefälle: Alleinerziehende sind am häufigsten einsam (Einsamkeitsprävalenz: 22,7% [20,0% - 25,4%]), gefolgt von alleinlebenden Menschen (Einsamkeitsprävalenz: 18,5% [17,0% - 20,1%]), und Paaren mit Kindern (Einsamkeitsprävalenz: 12,8% [11,7% - 13,8%]). Zusammenlebende Paare ohne Kinder sind mit 10,4% [Einsamkeitsprävalenz: 9,5% - 11,4%] am seltensten einsam.

Die Abbildungen für die restlichen Stratifizierungsvariablen (Umfang der Arbeitstätigkeit, Schichtarbeit, Wohnort: Ost- versus Westdeutschland und Stadt versus Land, psychische Vorerkrankungen) können dem Anhang A-E entnommen



Abbildung 4.
Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Bildungshintergrund (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- niedrig
- mittel
- hoch



Abbildung 5.
Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Migrationshintergrund (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- kein
- direkter
- indirekter

werden und werden aus Platzgründen an dieser Stelle nur kurz besprochen. Hinsichtlich des Umfangs der Arbeitstätigkeit zeigte sich, dass Menschen, die Vollzeit beschäftigt sind, seltener einsam sind als Menschen, die nicht in Vollzeit beschäftigt sind. So lag die Einsamkeitsprävalenz vor Beginn der Covid-19 Pandemie bei Vollzeitbeschäftigten bei 10,0% [9,2% - 11,0%], bei Nicht-Vollzeit-beschäftigten jedoch bei 16,8% [16,0% - 17,7%]. Interessanterweise zeigte sich, dass von den in Schichtarbeit tätigen Menschen nur 11,5% [10,4% - 12,5%] zumindest manchmal einsam sind, verglichen mit 15,1% [14,3% - 15,9%] derjenigen die nicht in Schicht arbeiten. Hinsichtlich des Wohnorts zeigte sich, dass Menschen mit Wohnort in Ostdeutschland 2013 tendenziell einsamer waren als Menschen mit Wohnort in Westdeutschland. Diese Unterschiede bestanden 2017 jedoch nicht mehr. 2017 waren 13,8% [13,1% - 14,5%] der im Westen lebenden Menschen und 15,8% [14,3% - 17,3%] der im Osten lebenden Menschen einsam. Darüber hinaus zeigten sich keine Unterschiede zwischen Menschen, die in der Stadt bzw. auf dem Land leben. In der Stadt waren 13,9% [13,1% - 14,7%] der Menschen einsam, auf dem Land 14,7% [13,6 % - 15,8%]. Schließlich zeigt sich, dass eine vorangegangene Depressionsdiagnose mit einem deutlich größeren Risiko einsam zu sein zusammenhängt. So waren vor Beginn der Covid-19 Pandemie 33,7% [30,7% - 36,7%] der Menschen, die bereits eine Depressionsdiagnose erhalten hatten, einsam.

Zusammenfassung. Die vorliegenden Analysen zeigen, dass vor Beginn der Covid-19 Pandemie insbesondere ältere Menschen, Frauen, Menschen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen, Menschen mit direktem Migrationshintergrund und Menschen, die nicht erwerbstätig sind, von Einsamkeit betroffen waren. Darüber hinaus haben Alleinerziehende und Alleinlebende sowie Menschen mit psychischen Vorerkrankungen ein höheres Risiko einsam zu sein.

4.2 Während der Covid-19 Pandemie

Nachfolgend werden die Einsamkeitsprävalenzen für die Zeit nach Beginn der Covid-19 Pandemie ausgewiesen. Da die Werte über beide Erhebungsperioden innerhalb der Pandemie (April bis Juli 2020 und Januar/Februar 2021) überwiegend identisch sind, wird im Text ausschließlich auf die aktuelleren Werte aus der Erhebung von Januar/Februar 2021 Bezug genommen.

Hinsichtlich des Alters zeigte sich während der Covid-19 Pandemie eine Umkehr des bisherigen Musters. Insbesondere waren während der Pandemie vermehrt jüngere Menschen von Einsamkeit betroffen: Von den unter 30-jährigen waren 48,0% [40,7% - 55,2%] einsam und von den 30 bis 45-jährigen 46,2% [41,8% - 50,7%]. Im Vergleich dazu waren die über 75-jährigen, die zuvor die Spitzengruppe bildeten, am seltensten einsam 36,6% [31,8% - 41,4%]. Ferner zeigte sich, dass Frauen besonders unter der Pandemie litten. Zwar nahm die Einsamkeit bei beiden Geschlechtern zu, der Anstieg war bei Frauen jedoch ungleich größer als bei den Männern (Frauen: 48,6% [46,0% - 51,2%]; Männer: 36,6% [32,7% - 38,6%]).

Hinsichtlich des Bildungshintergrunds, des Einkommens und der Erwerbstätigkeit zeigten sich während der Covid-19 Pandemie interessanterweise Angleichungseffekte. So waren Menschen mit hoher Bildung, mittlerer und niedriger Bildung während der Covid-19 Pandemie ähnlich einsam (hohe Bildung: 39,9% [36,6% - 43,3%]; mittlere Bildung: 43,3% [40,5% - 45,9%]; niedrige Bildung: 43,7% [37,0% - 50,4%]). Auch die Einsamkeit innerhalb der verschiedenen Einkommensgruppen unterschied sich nicht mehr (niedriges Einkommen: 46,0% [42,4% - 49,7%]; mittleres Einkommen: 43,9% [40,4% - 47,4%]; hohes Einkommen: 38,6% [35,3% - 41,9%]). Ebenso wenig zeigten sich während der Covid-19 Pandemie Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen, 42,2% [39,6% - 44,9%] versus 42,4% [39,4% - 45,3%].

Der direkte Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 5) stellte auch während der Covid-19 Pandemie ein Risikofaktor für Einsamkeit dar, wenngleich die Unterschiede in der Einsamkeitsprävalenz bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund während der Covid-19 Pandemie deutlich geringer waren als zuvor. Menschen mit direktem Migrationshintergrund waren tendenziell etwas einsamer als Menschen ohne Migrationshintergrund, 46,1% [40,0% - 52,3%] versus 41,6% [39,5% - 43,7%].

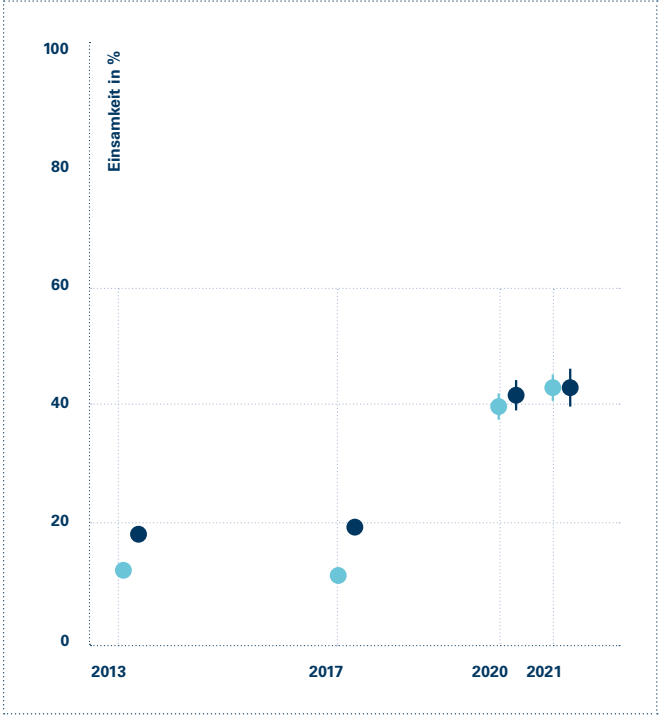


Abbildung 6.
Einsamkeitsprävalenz nach Erwerbstätigkeit (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

ja
nein

Hinsichtlich des Haushaltstyps (vgl. Abbildung 7) zeigten sich während der Covid-19 Pandemie zwei wichtige Veränderungen: die relative Einsamkeit von Paaren mit Kindern nahm zu, während die relative Einsamkeit von Alleinlebenden abnahm. Das bedeutet, dass Alleinerziehende zwar auch während der Covid-19 Pandemie die einsamste Gruppe bildeten (Einsamkeitsprävalenz: 51,8% [43,9% - 59,7%]), ihnen folgten nun jedoch Paare mit Kindern (Einsamkeitsprävalenz: 44,8% [41,1% - 48,6%]). Einpersonenhaushalte und Paare ohne Kinder waren während der Covid-19 Pandemie seltener einsam als die anderen beiden Haushaltstypen (Einpersonenhaushalte: 40,3% [36,8% - 43,7%] und Paare ohne Kinder: 39,1% [35,7% - 42,4%]).

Für die Analysen hinsichtlich der restlichen Stratifizierungsvariablen (Umfang der Arbeitstätigkeit, Schichtarbeit, Wohnort: Ost- versus Westdeutschland und Stadt versus Land, psychische Vorerkrankungen) sei an dieser Stelle erneut auf den Anhang A-E verwiesen. Anzumerken ist ferner, dass sich für vier dieser fünf Variablen keine verlässlichen Aussagen hinsichtlich der Unterschiede in der Einsamkeitsprävalenz während der Covid-19 Pandemie treffen lassen. Dies liegt an der deutlich geringeren Größe der Stichprobe, die während der Pandemie erhoben wurde. Die geringere Stichprobengröße führt dazu, dass insbesondere die Schätzungen für die Subgruppen einiger Stratifizierungsvariablen mit wesentlich mehr Unsicherheit einhergehen. Die Abbildungen zeigen daher, dass sich die Konfidenzintervalle der Einsamkeitsprävalenzen während der Covid-19 Pandemie überwiegend überlappen, was bedeutet, dass nicht mit ausreichend großer Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass sich die Werte innerhalb der Gruppen unterscheiden. Einzige Ausnahme bilden die Analysen bezüglich des Umfangs der Arbeitstätigkeit. Hier zeigte sich ebenfalls ein Angleichungseffekt, d. h. Menschen, die Vollzeit erwerbstätig waren, waren während der Covid-19 Pandemie ähnlich einsam wie Menschen, die nicht Vollzeit erwerbstätig waren, 41,1% [37,8% - 44,3%] versus 43,2% [40,7% - 45,7%].

Zusammenfassung. Die vorliegenden Analysen zeigen, dass sich die Covid-19 Pandemie sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen ausgewirkt hat. Auf der einen Seite bildeten sich neue Risikogruppen. Zu ihnen gehörten Frauen, jüngere Menschen, und Paare mit Kindern. Auf der anderen Seite spielte prä-pandemische Risikofaktoren wie der Bildungshintergrund, das Einkommen, und die Erwerbstätigkeit während der Covid-19 Pandemie keine Rolle mehr für die Einsamkeitsprävalenz.

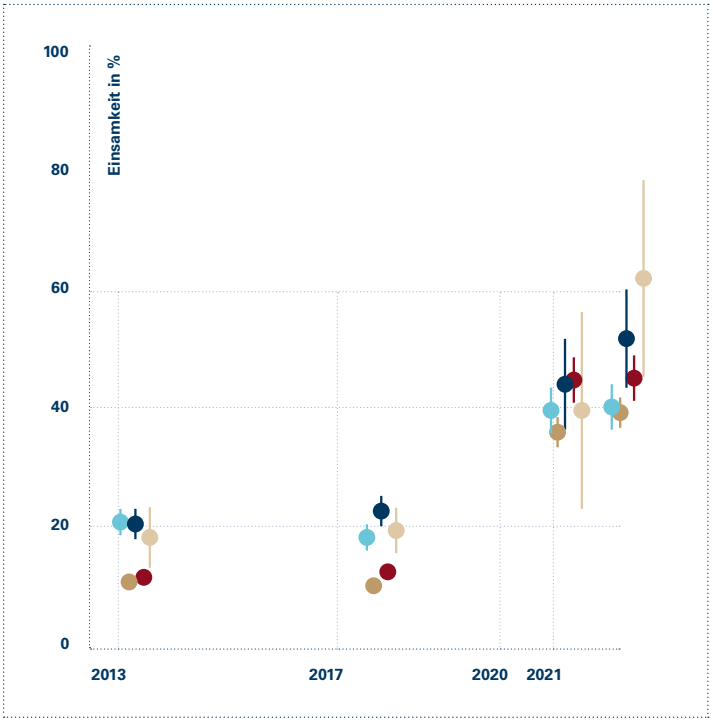


Abbildung 7.
Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Haushaltstyp (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- Einpersonen
- Alleinerziehend
- Paar ohne Kinder
- Paar mit Kindern
- Sonstige

5 Potentielle Ursachen für Einsamkeit in den Risikogruppen

5.1. Vor der Covid-19 Pandemie

Die vorliegende Expertise zeigt, dass zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen in Deutschland ausgeprägte Unterschiede in der Einsamkeitsprävalenz bestehen. Darüber hinaus wird jedoch auch deutlich, dass eine Differenzierung der Einsamkeitsprävalenz nach Geschlecht, Alter und Wohnort, im Vergleich zu den übrigen Stratifizierungsvariablen, nur relativ geringe Unterschiede offenbart. Einsamkeit in Deutschland scheint sich also nicht primär nach simplen demographischen Merkmalen zu verteilen. Vielmehr zeigen die Analysen, dass (im Rahmen der hier untersuchten Variablen) vor allem drei Merkmalsklassen entscheidend für Unterschiede in der Einsamkeitsprävalenz in Deutschland sind: Der sozioökonomischen Status (Einkommen, Bildung, Erwerbstätigkeit), die Lebenssituation (Alleinerziehend und Alleinlebende) sowie der Migrationshintergrund. Klassifiziert nach diesen Merkmalen, zeigen sich Unterschiede in der Einsamkeitsprävalenz, die im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung als durchaus ausgeprägt zu bezeichnen sind.

Allen diesen Merkmalen ist gemein, dass sie ursächlich auf eine fehlende gesellschaftliche Teilhabe hindeuten. So bleibt es Menschen mit niedrigem Einkommen aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen verwehrt, an wichtigen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens teilzuhaben. Eine niedrige Bildung und eine fehlende Erwerbstätigkeit hängen eng mit dem Einkommen zusammen und sind in diesem Kontext als Proxy für diese Variable zu verstehen. Darüber hinaus fehlt Menschen ohne Erwerbstätigkeit der Zugang zum Arbeitsmarkt, welcher ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des sozialen Lebens ist. Alleinerziehende erleben in ihrem Alltag häufig eine Doppelbelastung durch ihre berufliche Tätigkeit und die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung. Diese Doppelbelastung führt dazu, dass es Alleinerziehenden schwerer fällt am gesellschaftlichen

Leben teilzunehmen. Darüber hinaus zeigen die Analysen, dass das Vorhandensein eines Partners bzw. einer Partnerin mit einer niedrigeren Einsamkeitsprävalenz einhergeht – ein Faktor, der Alleinerziehenden ebenfalls fehlt. Menschen mit direktem Migrationshintergrund haben aufgrund sprachlicher Barrieren Probleme, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Entringer/Jacobsen/Kröger et al. 2021: 108). Die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kristallisiert sich somit an dieser Stelle als wichtiger Ansatzpunkt sozialpolitischer Bemühungen heraus (vgl. Kapitel 6). Abschließend sei jedoch angemerkt, dass auch das Vorhandensein einer psychischen Vorerkrankung mit einer deutlich erhöhten Einsamkeitsprävalenz einhergeht. Dieser Zusammenhang ist aus anderen Studien bekannt und lässt sich vermutlich nur zum Teil auf eine fehlende gesellschaftliche Teilhabe zurückführen. Zwar weiß man, dass Menschen, die unter einer Majoren Depression leiden, zu sozialem Rückzug neigen (Boivin/Hymel/Bukowski 1995; Katz/Conway/Hammen et al. 2011) und dieses Verhalten Einsamkeit und weitere psychische Erkrankungen begünstigt. Gleichzeitig scheint es jedoch auch einen direkten engen Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten zu geben (Ge/Yap/Ong et al. 2017: 1; Weeks/Michela/Peplau et al. 1980: 1238).

5.2. Während der Covid-19 Pandemie

Die vorliegende Expertise zeigt, dass sich während der Covid-19 Pandemie drei wichtige Dinge in der Einsamkeitsprävalenz in Deutschland änderten. Erstens zeigt sich ein sprunghafter Anstieg der Gesamtprävalenz der Einsamkeit in Deutschland lebender Menschen. Zweitens zeigen sich Angleichungseffekte hinsichtlich des sozioökonomischen Status, d. h. Unterschiede in Bildung, Einkommen oder dem Erwerbstätigkeitsstatus gehen während der Covid-19 Pandemie nicht mehr mit ausgeprägten Unterschieden in der Einsamkeitsprävalenz einher. Letztendlich zeigen sich neue Risikogruppen für Einsamkeit in der Bevölkerung: Insbesondere Frauen und jüngere Menschen sind während der Covid-19 Pandemie von Einsamkeit betroffen.

Der deutliche Anstieg der Einsamkeitsprävalenz ist besorgniserregend und lässt sich durch die anhaltenden Kontaktrestriktionen und der damit einhergehenden sozialen Isolation vieler in Deutschland lebender Menschen erklären. Ob es sich bei dem Anstieg jedoch um einen Anstieg der chronischen Einsamkeit (und den damit einhergehenden schwerwiegenden Konsequenzen für psychische und physische Gesundheit) handelt, oder um einen kurzzeitigen Anstieg der eingangs (vgl. Kapitel 1) dargestellten Zustandseinsamkeit ist zu diesem Zeitpunkt nicht abschließend geklärt. So konnte eine vorangegangene Studie (Entringer/Gosling 2021: 774) zwar zeigen, dass die Einsamkeit nach Ende des ersten Lockdowns in Deutschland sehr schnell wieder zurück ging – was auf einen Anstieg der Zustandseinsamkeit hindeutet. Gleichzeitig zeigte dieselbe Studie jedoch auch, dass die Einsamkeitsprävalenz bis zum Ende des Studienzeitraums, zwei Monate nach Ende des Lockdowns, noch nicht wieder auf ihrem Ausgangsniveau angelangt war, trotz Aufhebung aller Kontaktrestriktionen. Dieses Ergebnis könnte auch darauf hindeuten, dass die Einsamkeitsprävalenz nach Ende der Covid-19 Pandemie auch längerfristig erhöht bleibt. Somit ist zu diesem Zeitpunkt nicht final zu beantworten, wie es aktuell um die Einsamkeitsprävalenz in Deutschland steht – und weitere Studien auch nach Ende der Covid-19 Pandemie sind dringend notwendig um diese Frage abschließen beantworten zu können.

Die Angleichungseffekte hinsichtlich des sozioökonomischen Status sind damit zu erklären, dass ein höherer sozioökonomischer Status während der Covid-19 Pandemie nicht mehr mit einer erhöhten gesellschaftlichen Teilhabe einherging. Die meisten Begegnungsorte wie beispielsweise Restaurants, Bars, Sportvereine, kulturelle Einrichtungen usw. waren während der Lockdowns geschlossen, sodass Menschen mit höherem Einkommen keine Vorteile gegenüber Menschen mit niedrigerem Einkommen hatten.

Der Befund, dass Frauen während der Covid-19 Pandemie besonders von Einsamkeit betroffen waren, wird gemeinhin mit einem Rückfall in traditionellere Rollenmuster erklärt. Unter anderem hatten die Schließungen verschiedener

Versorgungseinrichtungen zur Folge, dass Frauen neben ihrer Berufstätigkeit vermehrt die Care-Arbeit für Kinder und pflegebedürftige Angehörige übernahmen (Zinn/Kreyenfeld/Bayer 2020: 2). Darüber hinaus waren Frauen und insbesondere selbstständige Frauen häufiger von kurzzeitigen, lockdownbedingten Schließungen ihres Arbeitsplatzes betroffen Dementsprechend konnten sie während der Lockdowns auch weniger am Erwerbsleben teilhaben als Männer (Seebauer/Kritikos/Graeber 2021).

Jüngere Menschen waren während der Covid-19 Pandemie häufiger von Einsamkeit betroffen, da ihr Sozialleben häufiger außerhalb des eigenen Haushalts stattfindet und Freundeskreise tendenziell größer sind als bei älteren Menschen (Carstensen 1991; Graham/Weston/Gerstorf et al. 2020). Durch die Kontaktbeschränkungen war das Sozialleben jüngerer Menschen also durchschnittlich stärker eingeschränkt als das von älteren Menschen, was zu einer höheren Einsamkeit insbesondere innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe führte.

6 Implikationen und Handlungsempfehlungen

6.1. Vor der Covid-19 Pandemie

Wie bereits zuvor dargestellt, deuten die Ergebnisse der vorliegenden Expertise daraufhin, dass Ursachen für die Unterschiede in der Einsamkeitsprävalenz zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen vor allem in unterschiedlichen Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe zu sehen sind. Politische Maßnahmen, die zum Ziel haben die Einsamkeitsprävalenzen innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen zu reduzieren, könnten daher die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe stärker thematisieren. Während die vorliegende Expertise die Zielgruppe dieser potentiellen Maßnahmen klar umreißt, erlauben die Daten

jedoch keinen Rückschluss darauf, welche konkreten Maßnahmen angezeigt sind, um Einsamkeit innerhalb dieser Personengruppen zu verringern. Anzunehmen ist jedoch, dass die berufliche und kulturelle Integration ein zentrales Handlungsfeld aller politischer Maßnahmen ist. Alle sozialpolitischen Maßnahmen, die den Zugang zum gesellschaftlichen Leben von ökonomisch benachteiligten Personen fördern, Sprachbarrieren abbauen oder den Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtern, stellen damit gleichzeitig auch Handlungsansätze zur Reduzierung von Einsamkeit dar. Beispielsweise seien hier die Erhöhung von Transferleistungen, die Intensivierung von Integrationskursen, aber auch Investitionen in eine schnellere (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt nicht erwerbstätiger Personen genannt (Der Landtag Nordrhein-Westfalen 2022: 91; Entringer/Jacobsen/Kröger et al. 2021: 227). Darüber hinaus kann das Wissen, dass bestimmte Personengruppen von Einsamkeit betroffen sind, auch dazu genutzt werden, diejenigen Stellen, mit welchen diese Personengruppen interagieren (bspw. Sozialämter, Ausländerbehörden, Arbeitsämter), für die Thematik Einsamkeit zu sensibilisieren und entsprechende Unterstützungs- und Beratungsangebote bereitzustellen.

6.2. Während der Covid-19 Pandemie

Wie oben dargestellt, zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Expertise zunächst einen sprunghaften Anstieg der Einsamkeit während der Covid-19 Pandemie. Da jedoch weder klar ist, ob dieser auf einen Anstieg der chronischen oder der Zustandseinsamkeit zurückzuführen ist, noch wie sich die Zahlen langfristig entwickeln werden, scheint eine genaue Beobachtung der Prävalenzen über die nächsten Jahre dringend notwendig. Präventiv wäre es darüber hinaus schon jetzt sinnvoll, Konzepte zu erarbeiten, um sicherzustellen, dass die in Deutschland lebenden Menschen in ausreichendem Umfang und möglichst einfach Zugang zu Psychotherapien erhalten. So wäre es beispielsweise denkbar, approbierten Psychotherapeut*innen, die derzeit noch nicht über eine Zulassung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen verfügen, zeitweise die Möglichkeit zu geben, mit den gesetzlichen Krankenversicherungen

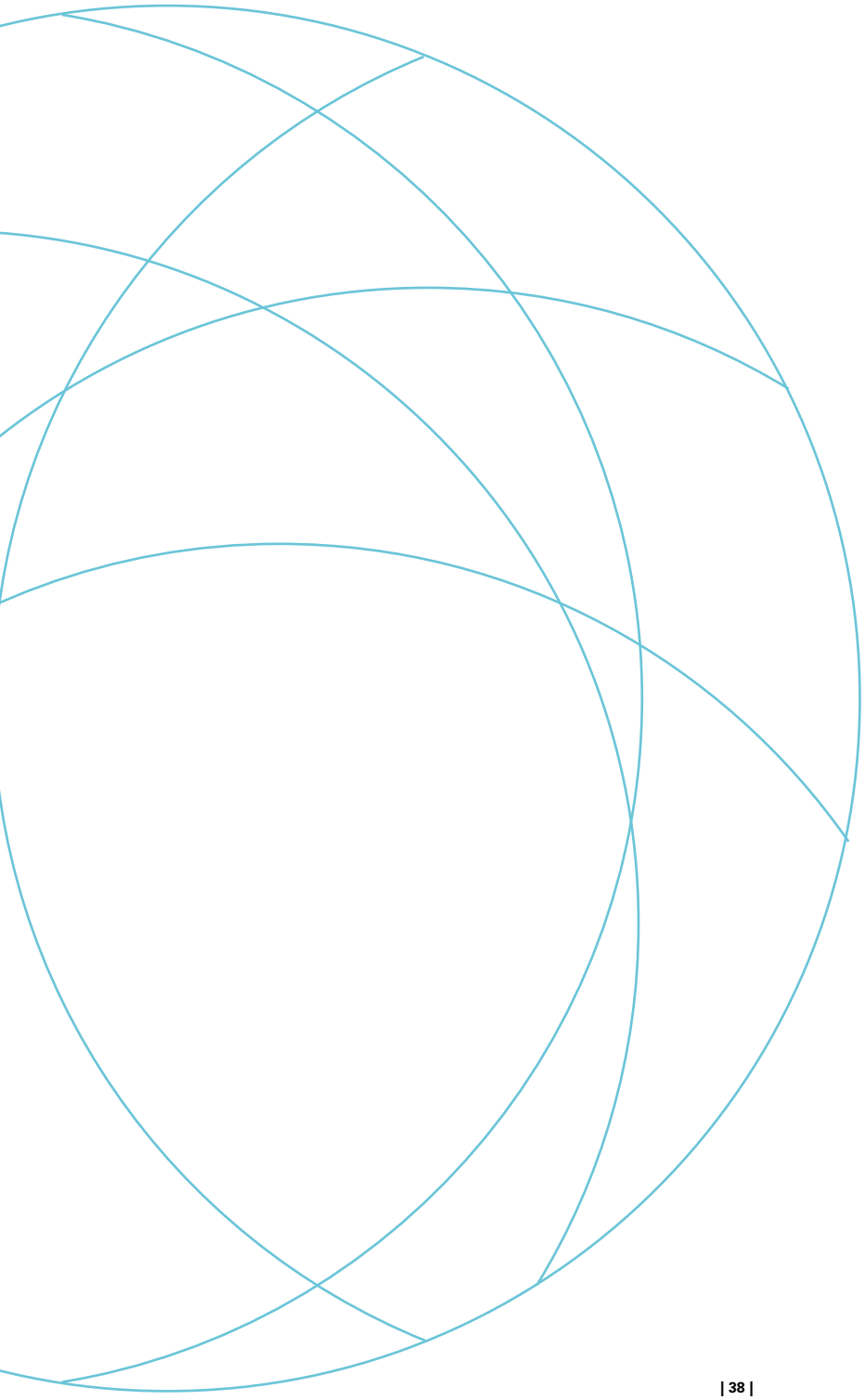
abzurechnen (Deutsche Therapeuten Vereinigung 2021). Auf diese Weise könnten kurzfristig und flexibel Therapieangebote für Betroffene geschaffen werden. Auch ein Ausbau niedrigschwelliger Hilfsangebote (Hilfsangebote per Telefon oder online) erscheint in Anbetracht der gerade im ländlichen Raum oft nur schwer erreichbaren Psychotherapeut*innen sinnvoll (Avci-Werning/Bühner/Munz et al. 2020). Insbesondere Frauen und jüngere Menschen, die während der Covid-19 Pandemie besonders stark seelisch gelitten haben, sollten dabei gezielt angesprochen werden. In Anbetracht der anhaltend hohen Einsamkeit in der Bevölkerung wird darüber hinaus empfohlen, das Thema noch stärker in den politischen Fokus zu rücken. Eine Möglichkeit wäre es, beispielsweise auf Bundesebene Einsamkeitsbeauftrage einzusetzen, die das Thema ganzheitlich betreuen und koordinieren. Vergleichbare erfolgreiche Beispiele finden sich bereits im europäischen Ausland wie den Niederlanden oder Großbritannien.

Der im Verlauf der Covid-19 Pandemie deutlich höhere Anstieg der Einsamkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern ist auch auf einen Rückfall zu traditionelleren Rollenmuster und einer damit verbundenen Mehrbelastung von Frauen zurückzuführen. Politische Maßnahmen, die darauf abzielen, die Situation der Frauen zu verbessern, sollten daher vor allem weiter in die Gleichstellung von Frauen und Männern investieren und die Erhöhung des Anteils der Männer, die sich an der Care-Arbeit beteiligen fördern (Müller/Samtleben 2022). Hierfür wäre es beispielsweise denkbar, aktuelle Regelungen des Elternzeitgesetzes oder des Ehegattensplittings neu zu gestalten, um auf diese Weise die Gleichberechtigung von Frauen und Männern zu fördern und Fehlanreize zu minimieren.

Letztendlich zeigte die vorliegende Expertise, dass insbesondere jüngere Menschen während der Covid-19 Pandemie unter den Kontaktrestriktionen gelitten haben. Neben großen Einbußen im beruflichen und Ausbildungskontext, musste diese Altersgruppe in den Jahren der Covid-19 Pandemie mehr Einschränkungen ihres gewöhnlichen Soziallebens hinnehmen als alle anderen Altersgruppen. Die vermehrten und lauter werdenden Rufe jüngerer Menschen nach einer Impfpflicht scheinen daher also begründet.

7 Schlussbemerkungen

Einsamkeit ist ein negatives Gefühl, das entsteht, wenn eine Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen wahrgenommen wird (Peplau/Perlman 1982). Obwohl Einsamkeit keine psychische Erkrankung im klassischen Sinne ist, ist bekannt, dass sie mit schwerwiegenden individuellen gesundheitlichen Risiken einhergeht (Holt-Lunstad/Smith/Baker et al. 2015). Die vorliegende Expertise liefert einen ersten Überblick über die Einsamkeit der Menschen in Deutschland, vor und während der Covid-19 Pandemie.
Diese Expertise ist die erste ihrer Art und identifiziert neben der allgemeinen Prävalenz der Einsamkeit der Menschen in Deutschland wichtige Risikogruppen. Gleichzeitig sei an dieser Stelle auf die Limitationen der vorliegenden Expertise verwiesen. Zum einen basieren die vorliegenden Analysen auf Querschnittsdaten, welche keine kausalen Interpretationen erlauben. So ist es z.B. zwar theoretisch sinnvoll anzunehmen, dass das Fehlen einer Erwerbstätigkeit zu Einsamkeit führt, die vorliegenden Analysen erlauben diesen Schluss jedoch nicht (es wäre genauso möglich, dass Einsamkeit dazu führt, dass Menschen ihre Arbeit aufgeben). Um belastbare kausale Schlüsse zu ziehen, bedarf es komplexerer längsschnittlicher Studiendesigns oder Interventionsstudien. Zum anderen basieren alle vorliegenden Analysen auf den Daten des SOEP und der SOEP-CoV Studie. Diese Einsamkeitserhebungen stellen aktuell die einzigen bevölkerungsrepräsentativen Einsamkeitsbefragungen in Deutschland dar. Gleichzeitig führt dies jedoch dazu, dass die Erforschung von Einsamkeit in Deutschland momentan auf die im SOEP erfasste Form der Einsamkeit beschränkt ist. Weiterhin deckt das SOEP zwar einen Großteil der deutschen Bevölkerung ab, schließt aber beispielsweise die (im Kontext von Einsamkeit potenziell besonders relevante) Bevölkerungsgruppen von Personen in Heimen- und Pflegeeinrichtungen aus. Für ein besseres Verständnis von Einsamkeit in Deutschland und deren möglicher Bekämpfung ist also weitere Forschung und insbesondere das Durchführen von großangelegten, explizit auf Einsamkeit ausgerichteten Datenerhebungen notwendig.



8 Literaturverzeichnis

Avci-Werning, Meltem/Bühner, Markus/Munz, Dietrich/Lieb, Klaus/Bosnjak, Michael (2020): Empfehlungen zur psychischen Bewältigung der COVID-19 Pandemie. Retrieved from https://leibniz-psychology.org/fileadmin/user_upload/Empfehlungen_Angebote_Corona.pdf

Baarck, Julia/Balahur, Alexandra/Cassio, Laura/D'Hombres, Béatrice/Pásztor, Zsuzsanna/Tintori, Guido (2021): Loneliness in the EU - Insights from surveys and online media data, EUR 30765 EN,. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Beller, Johannes/Wagner, Adina (2018): Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality: Health Psychology, 37(9), 808–813. DOI: 10.1037/hea0000605

Boivin, Michel/Hymel, Shelley/Bukowski, William M. (1995): The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood: Development and Psychopathology, 7(4), 765–785. DOI: 10.1017/S0954579400006830

Buecker, Susanne/Horstmann, Kai T. (2021): Loneliness and Social Isolation during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review Enriched with Empirical Evidence from a Large-Scale Diary Study: European Psychologist, 26(4), 272–284. DOI: 10.1027/1016-9040/a000453

Cacioppo, John T./Cacioppo, Stephanie/Cole, Steven W./Capitanio, John P./Goossens, Luc/Boomsma, Dorret I. (2015): Loneliness Across Phylogeny and a Call for Comparative Studies and Animal Models: Perspectives on Psychological Science, 10(2), 202–212. DOI: 10.1177/1745691614564876

Carstensen, Laura L. (1991): Selectivity theory: Social activity in life-span context: Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11(1), 195–217.

Domènech-Abella, Joan/Mundó, Jordi/Haro, Josep Maria/Rubio-Valera, Maria (2019): Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA): Journal of Affective Disorders, 246, 82–88. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.043

Enquetekommission, Der Landtag Nordrhein-Westfalen (2022): Einsamkeit: Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit. Düsseldorf.

Entringer, Theresa M./Gosling, Samuel D. (2021): Loneliness During a Nationwide Lockdown and the Moderating Effect of Extroversion: Social Psychological and Personality Science. DOI: 10.1177/19485506211037871

Entringer, Theresa M./Jacobsen, Jannes/Kröger, Hannes/Metzing, Maria (2021): Geflüchtete sind auch in der Corona-Pandemie psychisch belastet und fühlen sich weiterhin sehr einsam:

DIW Wochenbericht, 88(12), 227–232. DOI: https://doi.org/10.18723/diw_wb:2021-12-1

Ge, Lixia/Yap, Chun Wei/Ong, Reuben/Heng, Bee Hoon (2017): Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study: PLoS ONE, 12(8), 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0182145

Goebel, Jan/Grabka, Markus M./Liebig, Stefan/Kroh, Martin/Richter, David/Schröder, Carsten/Schupp, Jürgen (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP): Jahrbucher Fur Nationalokonomie Und Statistik, 239(2), 345–360. DOI: 10.1515/jbnst-2018-0022

Graham, Eileen K./Weston, Sara J./Gerstorf, Denis/Yoneda, Tomiko B./Booth, Tom/Beam, Christopher R./… Mroczek, Daniel K. (2020): Trajectories of Big Five Personality Traits: A Coordinated Analysis of 16 Longitudinal Samples: European Journal of Personality, 34(3), 301–321. DOI: 10.1002/per.2259

Hawkley, Louise C./Cacioppo, John T. (2007): Aging and loneliness: Downhill quickly? Current Directions in Psychological Science, 16(4), 187–191. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2007.00501.x

Hawkley, Louise C./Cacioppo, John T. (2010): Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms: Annals of Behavioral Medicine, 40(2), 218–227. DOI: 10.1007/s12160-010-9210-8

Hawkley, Louise C./Duvoisin, Rebeccah/Ackva, Johannes/Murdoch, James C./Luhman, Maike (2016): Loneliness in Older Adults in the USA and Germany: Measurement Invariance and Validation: NORC Working Paper Series, 11. https://www.norc.org/PDFs/Working Paper Series/WP-2015-004.pdf

Holt-Lunstad, Julianne/Smith, Timothy B./Baker, Mark/Harris, Tyler/Stephenson, David (2015): Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review: Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237. DOI: 10.1177/1745691614568352

Hom, Melanie A./Chu, Carol/Rogers, Megan L./Joiner, Thomas E. (2020): A Meta-Analysis of the Relationship Between Sleep Problems and Loneliness: Clinical Psychological Science, 8(5), 799–824. DOI: 10.1177/2167702620922969

Horigian, Viviana E./Schmidt, Renae D./Feaster, Daniel J. (2021): Loneliness, Mental Health, and Substance Use among US Young Adults during COVID-19: Journal of Psychoactive Drugs, 53(1), 1–9. DOI: 10.1080/02791072.2020.1836435

Hunter, Dawn (2012): Loneliness: a public health issue: Perspectives in Public Health, 132(4), 153.

Katz, Shaina J./Conway, Christopher C./Hammen, Constance L./Brennan, Patricia A./Najman, Jake M. (2011): childhood Social Withdrawal, Interpersonal Impairment, and Young Adult Depression: A Mediational Model: Journal of Abnormal Child Psychology, 39(8), 1227–1238. DOI: 10.1007/s10802-011-9537-z

Mellor, David/Stokes, Mark/Firth, Lucy/Hayashi, Yoko/Cummins, Robert (2008): Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction: Personality and Individual

Differences, 45(3), 213–218. DOI: 10.1016/j.paid.2008.03.020

Müller, Kai-Uwe/Samtleben, Claire (2022): Reduktion und partnerschaftliche Aufteilung unbezahlter Sorgearbeit erhöhen Erwerbsbeteiligung von Frauen: DIW Wochenbericht, 9, 139–147. DOI: https://doi.org/10.18723/diw_wb:2022-9-1

Peplau, Letitia Anne/Perlman, Daniel (1982): Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: Wiley Interscience.

Pyle, Edward/Evans, Dani (2018): Loneliness - what characteristics and circumstances are associated with feeling lonely? - office for national statistics. Retrieved from https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/lonelinesswhatcharacteristicsandcircumstancesareassociatedwithfeelinglonely/2018-04-10

Seebauer, Johannes/Kritikos, Alexander/Graeber, Daniel (2021): Warum vor allem weibliche Selbstständige Verliererinnen der Covid-19-Krise sind: DIW Wochenbericht, 15, 261–270. DOI: https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2021-15-3

Surkalim, Daniel L./Luo, Mengyun/Eres, Robert/Gebel, Klaus/Van Buskirk, Joseph/Bauman, Adrian/Ding, Ding (2022): The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis: The BMJ, 376, 1–17. DOI: 10.1136/bmj-2021-067068

Valtorta, Nicole K./Kanaan, Mona/Gilbody, Simon/Ronzi, Sara/Hanratty, Barbara (2016): Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies: Heart, 102, 1009–1016. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-308790

Vereinigung, Deutsche Psychotherapeuten (2021): 40 Prozent mehr Patientenanfragen: Corona kommt in Praxen an. Retrieved from https://www.dptv.de/aktuelles/meldung/40-prozent-mehr-patientenanfragen-corona-kommt-in-praxen-an/

Weeks, David G./Michela, John L./Peplau, Letitia A./Bragg, Martin E. (1980): Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis: Journal of Personality and Social Psychology, 39(6), 1238–1244. DOI: 10.1037/h0077709

Yang, Keming/Victor, Christina (2011): Age and loneliness in 25 European nations: Ageing and Society, 31(8), 1368–1388. DOI: 10.1017/S0144686X1000139X

Zinn, Sabine/Kreyenfeld, Michaela/Bayer, Michael (2020): Kinderbetreuung in Corona-Zeiten: Mütter tragen die Hauptlast , aber Väter holen auf: DIW Aktuell, 51, 1–6. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.794303.de/diw_aktuell_51.pdf

9 Anhang



Abbildung A.
Einsamkeitsprävalenz getrennt für Vollzeiterwerbstätige und Nicht-Vollzeiterwerbstätige (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- nein
- ja

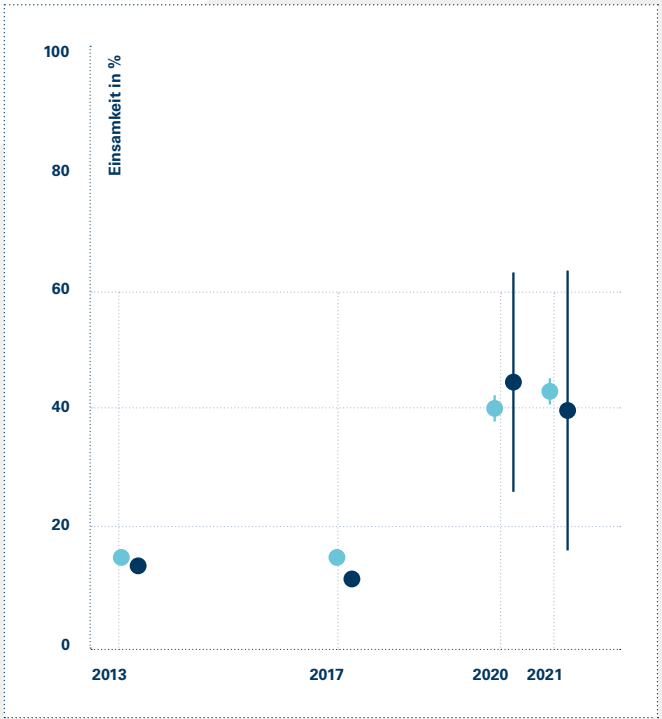


Abbildung B.
Einsamkeitsprävalenz für Schichtarbeitende (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- nein
- ja



Abbildung C.
Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Wohnort – Ost- versus Westdeutschland (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- West
- Ost

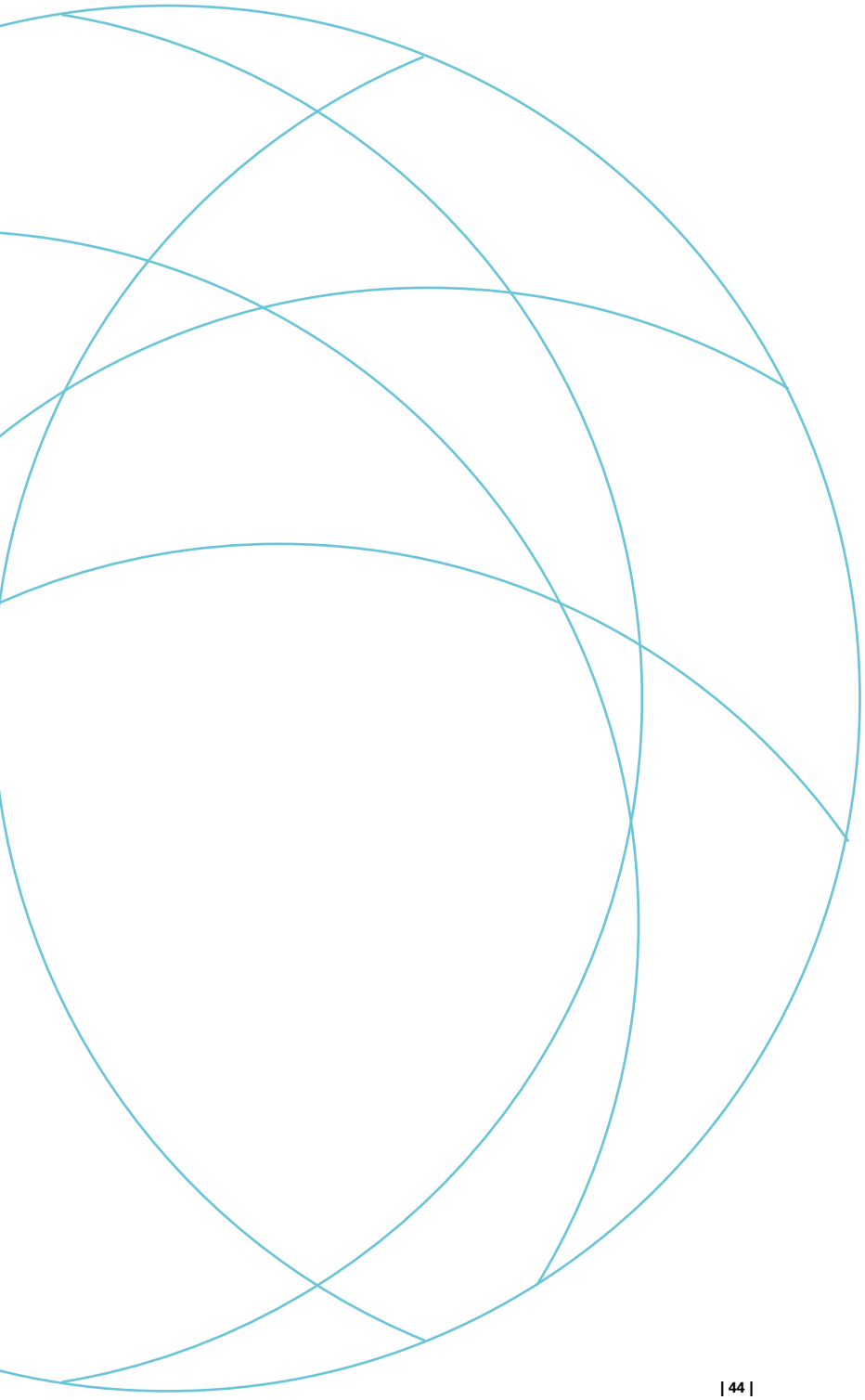




Abbildung D.
Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Wohnort – Stadt- versus Land (in %).

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- Stadt
- Land

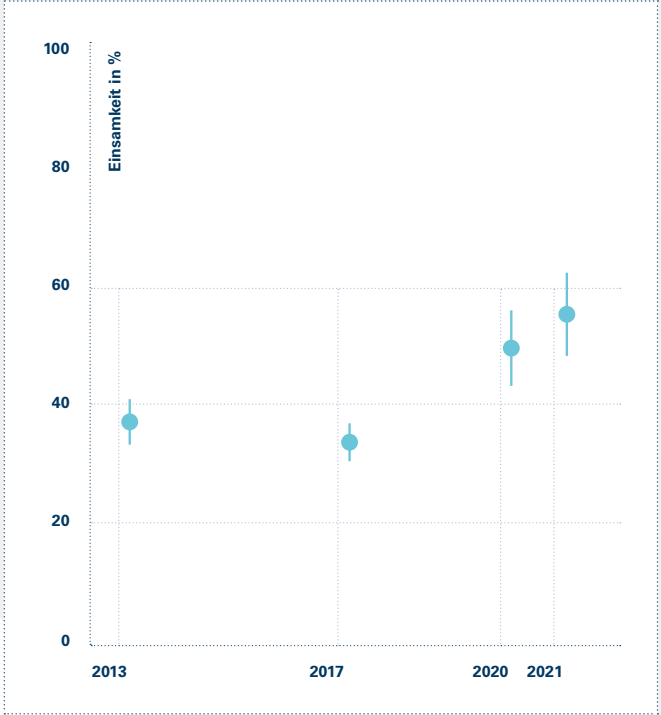


Abbildung E.
Einsamkeitsprävalenz für Menschen mit psychischen Vorerkrankungen (Depressionsdiagnose, in %)

Hinweis: Menschen wurden dann als einsam qualifiziert, wenn sie zumindest manchmal einsam waren.

- ja

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Einsamkeitsprävalenz der in Deutschland lebenden Menschen (in %).	18
Abbildung 2.	Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Altersgruppen (in %).	23
Abbildung 3.	Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Geschlecht (in %).	23
Abbildung 4.	Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Bildungshintergrund (in %).	25
Abbildung 5.	Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Migrationshintergrund (in %).	25
Abbildung 6.	Einsamkeitsprävalenz nach Erwerbstätigkeit (in %).	28
Abbildung 7.	Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Haushaltstyp (in %).	30
Abbildung A.	Einsamkeitsprävalenz getrennt für Vollzeiterwerbstätige und Nicht-Vollzeiterwerbstätige (in %).	42
Abbildung B.	Einsamkeitsprävalenz für Schichtarbeitende (in %).	43
Abbildung C.	Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Wohnort – Ost- versus Westdeutschland (in %).	43
Abbildung D.	Einsamkeitsprävalenz getrennt nach Wohnort – Stadt- versus Land (in %).	45
Abbildung E.	Einsamkeitsprävalenz für Menschen mit psychischen Vorerkrankungen (Depressionsdiagnose, in %)	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Stichprobenzusammensetzung in Prozent innerhalb der verschiedenen Erhebungsjahre und Stratifizierungsvariablen.	16

Impressum

Dr. Theresa Entringer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am sozio-oekonomischen Panel am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin, Mohrenstraße 58, 10117 Berlin,
E-Mail: tentringer@diw.de

Dieses Dokument wurde im Auftrag des Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. – Kompetenznetz Einsamkeit erstellt. Der Inhalt des Dokuments wird vollständig von den Autor*innen verantwortet und spiegelt nicht notwendigerweise die Position des Kompetenznetzes wider.

Herausgeberin:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
Kompetenznetz Einsamkeit

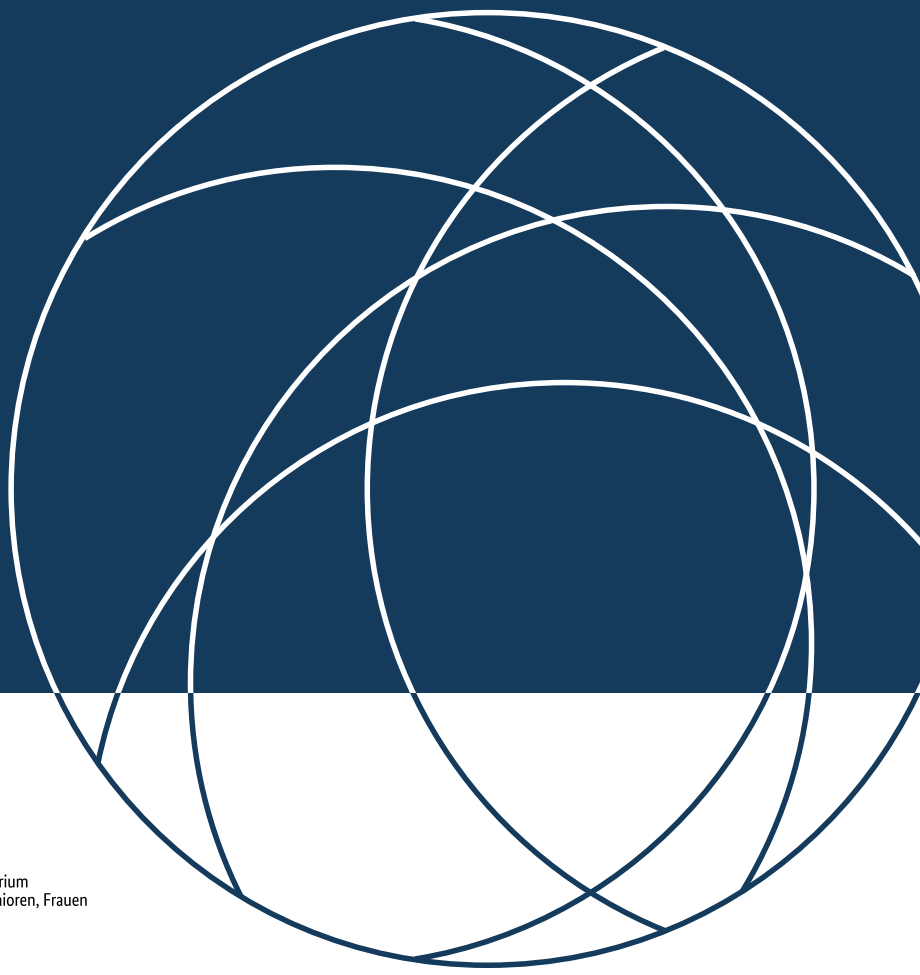
Hauptsitz: Zeilweg 42, 60439 Frankfurt a.M.
Standort Berlin: Lahnstraße 19, 12055 Berlin

info(at)kompetenznetz-einsamkeit.de
https://kompetenznetz-einsamkeit.de

Stand: Mai 2022
Erscheinungsjahr: 2022
ISBN (E-Paper) 978-3-88493-245-2

Gestaltung:
Simone Behnke, HCC
sbehnke@hotchicksandcowboys.com

KOMPETENZNETZ
EINSAMKEIT



Ein Projekt des:

ISS
Gemeinnütziger e. V.

Gefördert vom:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend