

Gemeinsames Positionspapier:

Psychosoziale Aspekte müssen im Corona-Krisenmanagement stärker berücksichtigt werden als bisher!

Vorbemerkung

Die Coronavirus-Pandemie hat die verantwortlichen Akteure auf allen Ebenen des Krisenmanagements mit enormen Herausforderungen konfrontiert. Das weitgehende Fehlen vergleichbarer Vorerfahrungen in Deutschland, die in vielerlei Hinsicht unklare Datenlage sowie die Komplexität, Dynamik und Dauer der Krisenlage tragen dazu bei, dass es zweifellos keine einfachen Wahrheiten gibt und Prozesse der politisch verantwortbaren Entscheidungsfindung schwierig sind. Gerade angesichts dieser Ausgangslage verbietet sich eine undifferenzierte Pauschalkritik. Gleichwohl möchten wir auf einige Aspekte aufmerksam machen, die uns große Sorge bereiten und die wir nicht unkommentiert lassen können. Mit den nachfolgenden Hinweisen aus einer psychosozialen Perspektive möchten wir daher einen konstruktiven Beitrag zur Weiterentwicklung des Corona-Krisenmanagements auf den unterschiedlichen Ebenen leisten.

Die Verfasser dieses Positionspapiers sind Expertinnen und Experten aus dem Bereich des psychosozialen Krisenmanagements, die in den Bezugsdisziplinen der Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie, der Sozialarbeitswissenschaft, der Theologie und der Gesundheitswissenschaften verortet sind. Wir begründen unsere Ausführungen mit Erkenntnissen zu einem psychosozialen Lagebild, den verfügbaren empirischen Untersuchungen sowie den einschlägigen Standards und Leitlinien unseres gemeinsamen Praxisfeldes, der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) im Bevölkerungsschutz.

Die Coronavirus-Pandemie ist nicht nur eine virologische, sondern auch eine gesellschaftliche und psychosoziale Krisenlage

Die Coronavirus-Pandemie an sich, aber auch die besonderen Maßnahmen zu ihrer Eindämmung, haben Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung. Schulen, Museen, Sporteinrichtungen, Gemeindehäuser, Jugendzentren und viele Geschäfte sind derzeit geschlossen, um die Verbreitung des Coronavirus zu verlangsamen. Maßnahmen müssen jedoch verhältnismäßig sein und bei der Entscheidungsfindung, die auf einer breiten wissenschaftlichen Expertise beruhen sollte, müssen auch die gesellschaftlichen und psychosozialen Folgen von Eindämmungsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart et al. (2021) fanden bei Kindern und Jugendlichen beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten, eine Zunahme von Ängsten, vermehrt auftretende psychische Probleme sowie eine deutlich gesunkene subjektive Lebensqualität. Die Folgen für den gesamten weiteren Lebensweg, der insbesondere von Bildung abhängt, scheinen erheblich zu sein. Besonders stark betrifft dies Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien. Negative Auswirkungen haben die Eindämmungsmaßnahmen jedoch für *alle* Kinder und Jugendliche. Ihnen brechen zahlreiche Selbstverständlichkeiten und notwendige Entwicklungsanreize wie Schulveranstaltungen in Präsenzform, Treffen mit Freundinnen und Freunden, Aktivitäten in (Sport-) Vereinen, informelle Austausch- und Bildungsprozesse der Jugendarbeit und vieles andere weg – teilweise über Monate. Ihr Alltag ist von vielfältigen Entbehrungen, Enttäuschungen und Verlusterfahrungen geprägt.

Bei den im Bildungsbereich aktuell entstehenden Digitalangeboten ergeben sich Zugangsnachteile für sozial benachteiligte Gruppen, weil die erforderlichen Endgeräte und Bandbreiten zu Hause fehlen, die Nutzung durch mehrere Anwender gleichzeitig nur sehr eingeschränkt möglich ist oder Eltern nicht die erforderliche Unterstützung leisten können. Viele Kinder und Jugendliche werden auf diese Weise komplett ausgeschlossen und „abgehängt“. Jugendliche an Bildungsübergängen sehen sich mit zahlreichen weiteren Problemen konfrontiert (Andresen, Lips, Rusack et al., 2020).

Auch auf die erwachsene Bevölkerung haben die verschiedenen Corona-Schutzmaßnahmen erhebliche Auswirkungen (Skoda, Spura, De Bock et al., 2021). Erschöpfung und Müdigkeit, unterschiedlichste Ängste und Sorgen, aber auch Gereiztheit, Aggressionen und Konflikte nehmen zu. Zudem waren im Januar 2021 mit 2,9 Millionen Menschen rund 500.000 Menschen, also etwa 1/5 mehr arbeitslos als im Januar des Vorjahres (Statistisches Bundesamt, 2021). Deutschland hält sich damit im europäischen Vergleich recht gut. Allerdings befinden sich aktuell auch rund 2,3 Mio. Menschen in Kurzarbeit (Hochrechnung für November 2020; Bundesagentur für Arbeit, 2021). Im November 2019 waren demgegenüber nur 115.000 Menschen in Kurzarbeit. Aufgrund der Aussetzung der Insolvenzantragspflicht bis April 2021 ist zudem völlig unklar, wie viele Unternehmen nach dem aktuellen Lockdown überhaupt wieder ihren Betrieb aufnehmen können (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2021).

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Arbeitslosigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und auf die Sterblichkeit in der Bevölkerung hat. In der Altersgruppe der 30 bis 59-jährigen zeigt sich, verglichen mit nicht arbeitslosen, bei arbeitslosen Menschen eine doppelt so hohe Sterblichkeit (Grigoriev, Scholz, & Shkolnikov, 2019). Nur bezogen auf die zusätzlichen 500.000 Arbeitslosen ist demnach pro Jahr mit rund 400 zusätzlichen Todesfällen bei Männern und rund 200 zusätzlichen Todesfällen bei Frauen zu rechnen. Darüber hinaus sind zahlreiche weitere Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsstatus, dem persönlichen Wohlbefinden und Arbeitslosigkeit seit langem belegt.

Schon aus diesen Ausführungen folgt, dass ein vorrangig virologisch begründetes Krisenmanagement den Erfordernissen des Geschehens grundsätzlich nicht gerecht werden kann. Es widerspricht auch einem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das grundlegend für alle Interventionen im Gesundheitsbereich sein sollte, und befördert eine einseitig biomedizinisch-reduktionistische Sicht. Deshalb muss das Pandemie-Krisenmanagement interdisziplinär ausgerichtet werden. Insbesondere müssen psychosoziale Bedarfe und Bedürfnisse der Bevölkerung (auch vorausschauend) eine weitaus stärkere Berücksichtigung finden als bisher. Dieser Grundgedanke wird nachfolgend weiter ausgeführt und konkretisiert.

Psychosoziale Lagebilder als wesentlicher Teil des Gesamtlagebildes

Die psychosoziale Situation der Bevölkerung wird in den meisten Lageberichten behördlicher Stellen bislang nicht aufgegriffen. Die alleinige Fokussierung auf die R-Werte, Raten positiver Tests sowie die Zahlen Infizierter sowie Verstorbener kann jedoch keine ausreichende Handlungsgrundlage für das Krisenmanagement sein.

Wir kritisieren daher, dass das Lagebild vieler Krisenstäbe schlichtweg unvollständig ist und ein wesentlicher Aspekt der Krisenlage nicht oder nur indirekt, sozusagen „nebenbei“ in den Blick genommen wird. Die Lagebilder des Krisenmanagements sind daher auf allen Ebenen dringend um Angaben, Zahlen, Daten und Fakten zur psychosozialen Situation der Bevölkerung zu ergänzen. Psychosoziale Lagebilder müssen das Erleben und Verhalten der Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen erfassen sowie Risiken, Ressourcen, Bedarfe und Bedürfnisse analysieren, so dass daraus konkrete Handlungsempfehlungen für Interventionen und ggf. unterstützende Maßnahmen abgeleitet werden können.

Differenzierung von Schutzmaßnahmen und „geschützte Ermöglichkeiten“

Die Forschung zum Erleben und Verhalten der Bevölkerung in Notfallsituationen und Krisenlagen hat deutlich aufgezeigt, dass im Hinblick auf das Krisenmanagement zielgruppenspezifische Differenzierungen erforderlich sind. Auch die Coronavirus-Pandemie wird äußerst heterogen erlebt und bewältigt. Während einige Menschen durchaus mit der Situation zurechtkommen, leiden andere erheblich. In besonderer Weise betrifft dies – um nur einige zu nennen – Menschen mit psychosozialen und gesundheitlichen Vorbelastungen, Eltern, Kinder und Jugendliche, Seniorinnen und Senioren, pflege- und therapiebedürftige Menschen mit ihren Angehörigen, Gastonomen, Selbstständige, Kunst- und Kulturschaffende, Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher, Auszubildende und Studierende sowie die Mitarbeitenden im Bereich der Kritischen Infrastrukturen, speziell im Gesundheitswesen. Viele Menschen befinden sich bereits seit Monaten in einem psychischen Ausnahmezustand; ihre persönlichen und sozialen Ressourcen sind inzwischen längst aufgebraucht. Aus unserer Sicht wird dies im Krisenmanagement bislang nicht angemessen wahrgenommen.

Daher empfehlen wir, die speziellen Bedürfnisse und Bedarfe unterschiedlicher lokaler Bevölkerungsgruppen deutlicher in den Blick zu nehmen und dementsprechend zu reagieren. Anstelle von Hilfsangeboten nach einem „Gießkannenprinzip“ weisen wir darauf hin, dass v. a. besonders vulnerable bzw. Risikogruppen einer angemessenen psychosozialen Unterstützung bedürfen. Unbedingt vermieden werden muss, dass undifferenzierte Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie Kollateralschäden anrichten, die letztlich größer sind als ihr Nutzen.

Anstelle pauschaler Verhinderungen und Untersagungen sollten aus unserer Sicht besonders geschützte Ermöglichkeiten in Erwägung gezogen werden. Damit meinen wir, dass Eindämmungsmaßnahmen ebenso effektiv, womöglich sogar effektiver sein könnten, wären sie auf allen Handlungsebenen zielgruppenspezifischer ausgerichtet, würden sie weniger pauschale Verbote beinhalten und würden sie stattdessen mehr dazu beitragen, dass ein lebendiger Alltag auch unter Pandemiebedingungen, d. h. mit geeigneten Schutzmaßnahmen und Hygienekonzepten, fortgeführt werden kann. In einem solchen Alltag, der menschliches Leben prägt und der für Gesundheit in einem umfassenden Verständnis unabdingbar ist, sind vielfältige soziale Kontakte, Sport- und Freizeitaktivitäten zwingend erforderlich. Sie sind kein „nice to have“, auf das man dauerhaft verzichten kann, sondern – ebenso wie ein angemessener Infektionsschutz – (über-) lebensnotwendig. Deshalb können und dürfen sie auch nicht dauerhaft pauschal für die gesamte Bevölkerung unterbunden werden, sondern es werden dringend Konzepte zu ihrer geschützten Ermöglichung benötigt.

Dialogorientierte Risikokommunikation und Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten anstelle von Top-Down-Anordnungen

Wissenschaftliche Erkenntnisse und vielfältige Übungserfahrungen, beispielsweise auch aus der vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe koordinierten Bund-Länder-Übungsreihe „LÜKEX“, haben schon vor vielen Jahren deutlich gemacht, dass die staatliche Risiko- und Krisenkommunikation widerspruchsfrei, transparent, schnell und vor allem dialogorientiert sein muss – dies alles sind Dinge, die wir in der derzeitigen Krisenkommunikation von Bund und Ländern vermissen. Die aktuell verfolgte „Top-Down-Strategie“, bei der die Bevölkerung vorrangig „von oben angewiesen“ wird, wie sie sich zu verhalten hat, lässt lokale Ressourcen außer Acht, verhindert Partizipation, wirkt demotivierend und findet daher auch immer weniger Akzeptanz (Betsch et al., 2021).

Zudem beruht die Krisenkommunikation von Bund und Ländern in der Coronavirus-Pandemie überwiegend auf Furchtappellen. Vorrangig wird über Bedrohung, Gefahren und Risiken gesprochen – nur indirekt über Schutz und Sicherheit. Darüber hinaus sind die Begründungen einzelner Maßnahmen oftmals nicht bzw. nicht mehr nachvollziehbar. Sie erscheinen mitunter willkürlich und werfen mehr Fragen auf, als sie beantworten. Daraus resultiert in vielen Bevölkerungsgruppen Unverständnis und ein ausgeprägtes Ungerechtigkeits erleben. Die stets nur kurzfristigen Planungen führen ferner zu persönlicher Perspektivlosigkeit, Resignation sowie Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Insofern muss die aktuelle Krisenkommunikation von Bund und Ländern als wenig hilfreich und nicht zielführend bezeichnet werden.

Vor diesem Hintergrund sollte auf die längst vorliegenden, aus Übungserfahrungen und wissenschaftlichen Studien resultierenden Erkenntnisse zurückgegriffen werden, um die Krisenkommunikation neu auszurichten. Die Bevölkerung muss im Krisenmanagement nicht nur „mitgenommen“, sondern – insbesondere auf der kommunalen Ebene – auch weitaus stärker eingebunden werden, als dies bislang geschieht. Vor allem gilt es jedoch, eindeutig erkennbare, langfristig verlässliche Perspektiven aufzuzeigen und nicht zuletzt auch Hoffnung zu vermitteln.

Vorausschauendes Handeln dringend notwendig: Unterstützung von bzw. Etablierung zusätzlicher Hilfestrukturen und Hilfsangebote

Um Menschen bei der persönlichen Krisenbewältigung in angemessener Weise begleiten und unterstützen zu können, sind geeignete, v. a. niedrigschwellig erreichbare Hilfestrukturen und Hilfsangebote erforderlich. Die vorhandenen Ressourcen im Feld der psychosozialen Versorgung werden absehbar an ihre Grenzen kommen, um den gestiegenen und in Zukunft weiter steigenden Unterstützungsbedarfen gerecht zu werden.

Aus diesem Grund mahnen wir an, durchaus vorhandene und in anderen Krisenlagen längst bewährte Koordinierungsinstanzen wie die Landeszentralstellen für die Psychosoziale Notfallversorgung in das Corona-Krisenmanagement zu integrieren. Auf der Ebene der Kommunen und Kreise sollten, wo dies bislang noch nicht geschehen ist, runde Tische und Netzwerktreffen eingerichtet werden, um psychosoziale Hilfsangebote abzustimmen, eine gemeinsame Hilfestrategie zu entwickeln und redundante Parallelentwicklungen zu vermeiden. Akteure der Psychosozialen Akuthilfe (Notfallseelsorge, Krisenintervention), der schulischen Sozialen Arbeit und Psychologie, der Seelsorge, der Beratungsstellen unterschiedlicher Ausrichtung und Spezialisierung, der kommunalen psychosozialen und sozialpsychiatrischen Dienste, der Selbsthilfeinitiativen und -institutionen sowie der ambulanten und stationären Psychiatrie und Psychotherapie sind aufgefordert, ihr Handeln aufeinander abzustimmen und in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Die vorrangige Unterstützung lokaler, communityorientierter Selbsthilfeaktivitäten muss sichergestellt sein, um auch (psycho)pathologisierenden Tendenzen frühzeitig entgegensteuern zu können. Passivierende Hilfeformen sollten demgegenüber keine Förderung erfahren.

Integration psychosozialer Expertise in Prozesse der Entscheidungsfindung

Psychosoziales Krisenmanagement darf nicht missverstanden werden als bloße Verrichtungshilfe bei der Umsetzung vorrangig virologisch begründeter Entscheidungen. Vielmehr muss die Expertise des psychosozialen Krisenmanagements schon in die Entscheidungsfindung als solches einbezogen werden. Dies geschieht bislang offenbar nur in Ausnahmefällen. Fachkräfte aus der Psychologie, der Pädagogik, der Sozial- und Gesundheitswissenschaften sind in das Krisenmanagement auf den unterschiedlichen Ebenen bislang kaum oder überhaupt nicht eingebunden.

In diesem Zusammenhang empfehlen wir dringend die Nutzung der Expertise entsprechend qualifizierter Fachberater in den unterschiedlichen Krisenstäben, wie es in den nationalen Leitlinien für die Psychosoziale Notfallversorgung bereits seit 2010 vorgesehen, aber längst noch nicht überall umgesetzt ist (BBK, 2011). Dort, wo keine geeigneten Fachkräfte verfügbar sind, ist so rasch wie möglich für entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen zu sorgen. Und wo bislang noch keine Strukturen für die Einbindung psychosozialer Expertise vorhanden sind, müssen diese dringend geschaffen werden. Dies gilt insbesondere für die Krisenstäbe auf der kommunalen und regionalen Ebene, weil diese unmittelbar mit den psychosozialen Auswirkungen der Krisenzeit auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen konfrontiert sind und die Bedarfsplanung für psychosoziale Unterstützungsangebote insbesondere hier anzusiedeln ist.

Berlin, Hamburg, Kassel, München und Stendal, am 5. März 2021

Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

Prof. Dr. Thomas Hering, Stendal
Prof. Dr. Harald Karutz, Hamburg
Prof. Dr. Vincenz Leuschner, Berlin
Dr. Andreas Müller-Cyran, München
Prof. Dr. Olaf Neumann, Berlin
Dr. Thomas Zippert, Kassel

Kontaktanschrift für weitere Informationen – und um das Positionspapier mit zu unterzeichnen:

Prof. Dr. Harald Karutz
MSH Medical School Hamburg
Fakultät Gesundheitswissenschaften
Department Pädagogik, Pflege und Gesundheit
Am Kaiser Kai 1
20457 Hamburg
Mail: harald.karutz@medicalschooll-hamburg.de

Erstunterzeichner (in alphabetischer Reihenfolge; Stand vom 9. März 2021)

1. Prof. Dr. Dagmar Arndt, Wolfsburg
2. Prof. Dr. Irmtraud Beerlage, Magdeburg
3. Dipl.-Soz.-Päd. Sandra Bergmann
4. Guido Boes, Notfallseelsorger, Mettmann
5. Landespolizeipfarrer Ulrich Briesewitz, Kassel
6. Peter Bromkamp, Pastoralreferent, Datteln
7. Prof. Dr. Thorsten Bührmann, Hamburg
8. Dipl.-Päd. Corinna Butzin, Mettmann
9. Dipl.-Ing. Rochus Ellmann, Bonn
10. Sabine Elsemann, Psychotherapeutin, Oberhausen
11. Pfarrer Olaf Engelbrecht, Braunschweig
12. Alexandra Geckeler, M. Ed., Mosbach
13. Pfarrer Oliver Gengenbach, Witten
14. Martin Götzke, Notfallseelsorger, Herne
15. Pastoralreferent Timo Grünbacher, München
16. Dipl.-Päd. Angela Hammerl, LK Aichach-Friedberg
17. Landespfarrer Jochen M. Heinecke, Erfurt
18. Prof. Dr. Thomas Hering, Magdeburg
19. Pfarrerin Alexandra Hippchen, Münster
20. Dr. Gesine Hofinger, Dipl.-Psych. Ludwigsburg
21. Sebastian Hoppe, M.A., München
22. Pfarrer Ingo Janzen, Unna
23. Dr. Hartmut Jatzko, Krickenbach
24. Sybille Jatzko, Psychotherapeutin, Krickenbach
25. Ao Univ.-Prof. Dr. Barbara Juen, Innsbruck
26. Prof. Dr. Harald Karutz, Hamburg
27. Dr. Ralph Kipke, Dresden
28. Peter Klein, Kassel
29. Diakon Stephan Koch, Essen
30. Dipl.-Psych. Pascal Koffer, Freiburg
31. Dr. Marion Koll-Krüsmann, München
32. Prof. Dr. Vincenz Leuschner, Berlin
33. Dr. Mareike Mähler, Dipl.-Psych., Ludwigsburg
34. Pfarrer Andreas Mann, M.A., Wiesbaden
35. Prof. Dr. med. Frank Marx, Wesel
36. Jörg Marx, Sozialplaner, Mülheim an der Ruhr
37. Dipl.-Psych. Marion Menzel, München
38. Johannes Meyer, Notfallseelsorger, Lohne
39. Dr. Andreas Müller-Cyran, München
40. Pfarrer Joachim Müller-Lange, Niederkassel
41. Prof. Dr. Olaf Neumann, Berlin
42. Dipl.-Päd. Alexander Nikendei, Friedrichshafen
43. Gesine Plagge, B. A., Erziehungs- und Bildungswissenschaftlerin, Hamburg
44. Corinna Posingies, Notfallseelsorgerin, Marburg
45. Pater Oliver Potschien O.Praem., Duisburg
46. Pfarrer Ralf Radix, Schwerte
47. Dipl.-Religionspäd. Christian Reifert, Marburg
48. Militärdekan PD Dr. Uwe Rieske, Bonn
49. Franka Rödiger, Notfallseelsorgerin, Gladbeck
50. Pfarrer Frank Rüter, Iserlohn
51. Diakon Hermann Saur, Goch
52. Dipl.-Psych. Inge Schaumann, Lamsheim
53. Prof. Dr. Silke Schmidt, Greifswald
54. Dipl.-Theol. Michael Steil, Freiburg
55. Merit Tinla, Pädagogin, Mülheim an der Ruhr
56. Prof. Dr. Tobias Trappe, Duisburg
57. Prof. Dr. Lars Tutt, Tönisvorst
58. Dipl.-Religionspäd. Jutta Unruh, Solingen
59. Frank Waldschmidt, Psychotherapeut, Nideggen
60. Ute Widmann, Böblingen
61. Kirchenrat Hanjo von Wietersheim, Iphofen
62. Pastorin Bettina Wittmann-Stasch, Rehbürg-Loccum
63. Diakon Carsten Wriedt, ltd. Notfallseelsorger und Fachberater PSNV, Heilbronn
64. Dipl.-Soz.-Päd. Peter Zehentner, München
65. Dr. Thomas Zippert, Kassel

Verwendete Quellen

- Andresen, S., Lips, A., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2020). Nachteile von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgleichen. Politische Überlegungen im Anschluss an die Studien JuCo und KiCo. Online-Publikation (Open Access). doi: 10.18442/151. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. Verfügbar unter <https://doi.org/10.18442/151>. Zugriff am 1.3.2021.
- Betsch, C. et al. (2021). COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany) - Wave 34. Verfügbar unter [http:// dx.doi.org/10.23668/psycharchives.4555](http://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.4555). Zugriff am 09.02.2021.
- Bundesagentur für Arbeit (2021). Realisierte Kurzarbeit (hochgerechnet) - Deutschland, Länder, Regionaldirektionen, Agenturen für Arbeit und Kreise (Monatszahlen). Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?topic_f=kurzarbeit-hr. Zugriff am 1.3.2021.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hg.) (2011). Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien. Teil I und II. Bonn.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) (2021). Weitere Aussetzung der Insolvenzantragspflicht bis zur Auszahlung finanzieller Hilfen. Verfügbar unter: https://www.bmjv.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/0120_Insolvenz.html. Zugriff am 01.03.2021.
- Grigoriev, P., Scholz, R., & Shkolnikov, V. M. (2019). Socioeconomic differences in mortality among 27 million economically active Germans: a cross-sectional analysis of the German Pension Fund data. *BMJ Open*, 9(10), e028001. doi:10.1136/bmjopen-2018-028001.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-021-01726-5.
- Skoda E.-M., Spura, A., De Bock, F. et al. (2021). Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in die Behörden. *Bundesgesundheitsblatt* 64, 322-333.
- Statistisches Bundesamt (2021). Arbeitslose in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/Arbeitsmarkt/arb110.html;jsessionid=30C5E133F684A56FB08A D8FFC896FCE1.internet?712>. Zugriff am 01.03.2021.