



Kommissionsdrucksache 21(27)47
vom 18. September 2026

Schriftliche Stellungnahme

der Sachverständigen

Prof. Dr. Hövener

Professorin für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin

Öffentliche Anhörung

„Gesellschaftlicher Zusammenhalt, soziale Ungleichheit und vulnerable Gruppen“



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice-Salomon“ – Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin

Soziale Arbeit
Gesundheit
Erziehung und Bildung

Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin
www.ash-berlin.eu

Prof. Dr. Claudia Hövener

**Professur für gesundheitsbezogene Soziale
Arbeit
Fachbereiche I**

hoevener@ash-berlin.eu

Berlin, 17.09.2026

Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 21. September 2026

Thema „Gesellschaftlicher Zusammenhalt, soziale Ungleichheit und vulnerable Gruppen“.

**Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige
pandemische Ereignisse“**

Kernaussagen

- Soziale Unterschiede prägten das Pandemiegeschehen: Im weiteren Verlauf waren SARS-CoV-2-Infektionen in sozioökonomisch stärker benachteiligten Bevölkerungsgruppen und Regionen häufiger; auch die COVID-19-assoziierte Sterblichkeit war in stärker benachteiligten Regionen erhöht
- Armut und materielle Ressourcen, Unterschiede in Arbeits- und Wohnbedingungen, gesundheitlichen Ausgangslagen sowie in den Möglichkeiten, Kontakte zu reduzieren und Schutzmaßnahmen umzusetzen, trugen zur sozialen Ungleichheit im Pandemiegeschehen bei.
- Eine Migrationsgeschichte war in der COVID-19-Pandemie für sich genommen kein einheitlicher Risikofaktor. Unterschiede bei Infektionen und Impfungen standen vielmehr mit Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie materiellen, sprachlichen und strukturellen Barrieren in Zusammenhang.
- In sozioökonomisch stärker benachteiligten Regionen wurden Testungen seltener in Anspruch genommen; Menschen mit niedriger Bildung oder niedrigem Einkommen wurden seltener beziehungsweise später gegen COVID-19 geimpft.
- Für zukünftige Pandemien sollten soziale Ungleichheiten von Beginn an systematisch berücksichtigt, Schutz- und Präventionsangebote an unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen angepasst und Maßnahmen nicht nur auf ihre Wirksamkeit, sondern auch auf ihre sozialen Folgen geprüft werden.

Die zugrunde liegenden Befunde und Referenzen werden im folgenden Text dargestellt.

1. Fokus der Stellungnahme

Diese Stellungnahme konzentriert sich auf gesundheitliche Ungleichheit als einen zentralen Aspekt der Frage, wie unterschiedliche Bevölkerungsgruppen von der COVID-19-Pandemie betroffen waren. Im Mittelpunkt stehen sozial bedingte Unterschiede bei Exposition und Infektion, schweren Krankheitsverläufen, Testung und Impfung sowie ausgewählte indirekte gesundheitliche Folgen. Vulnerabilität wird dabei nicht als feste Eigenschaft bestimmter Gruppen verstanden. Sie entsteht dort, wo gesundheitliche Ausgangslagen, Expositionen, materielle Ressourcen und der Zugang zu Schutz ungleich verteilt sind (Bambra, 2022; Wachtler et al., 2025).

Die soziale Verteilung des Pandemiegeschehens veränderte sich im Zeitverlauf. Aussagen zu sozialer Ungleichheit müssen deshalb auf konkrete Zeiträume, Bevölkerungsgruppen und Endpunkte bezogen werden (Wachtler et al., 2025).

2. Ausgangslage: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit vor der Pandemie

Gesundheit war bereits vor der COVID-19-Pandemie sozial ungleich verteilt. Menschen mit niedrigerem Einkommen, geringerer Bildung oder niedrigerer beruflicher Position waren häufiger von chronischen Erkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit betroffen. Als zentrale Erklärungsfaktoren gelten unter anderem materielle Lebensbedingungen, Arbeits- und Wohnbedingungen, soziale Absicherung sowie psychosoziale Belastungen und Ressourcen (Lampert, 2018).

Eine besondere Bedeutung kommt dabei Armut beziehungsweise Armutsgefährdung zu. Für Personen mit weniger als 60 % des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens zeigen sich deutlich ungünstigere Gesundheits- und Mortalitätschancen. Auf Basis von SOEP-Daten der Jahre 1992 bis 2016 betrug der Unterschied in der mittleren Lebenserwartung zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe 4,4 Jahre bei Frauen und 8,6 Jahre bei Männern (Lampert et al., 2019). Zugleich waren Armutsrisiken sozial ungleich verteilt, unter anderem mit besonders hohen Risiken bei Alleinerziehenden und in bestimmten Bevölkerungsgruppen mit Migrationsgeschichte (Goebel & Krause, 2024). Die Pandemie traf damit auf bereits bestehende Unterschiede in gesundheitlichen Ausgangslagen und materiellen Ressourcen.

Einordnung: Wie soziale Ungleichheit im Pandemiegeschehen wirksam wird

Die sozialen Unterschiede im Verlauf der COVID-19-Pandemie lassen sich über mehrere miteinander verbundene Wirkungspfade einordnen. Dazu gehören Unterschiede in der Exposition gegenüber SARS-CoV-2, im Übertragungsrisiko, in der gesundheitlichen

Seite 3/13

Empfänglichkeit für schwere Krankheitsverläufe sowie im Zugang zu und in der Inanspruchnahme von Versorgung und Prävention (Bambra, 2022; Wachtler et al., 2025).

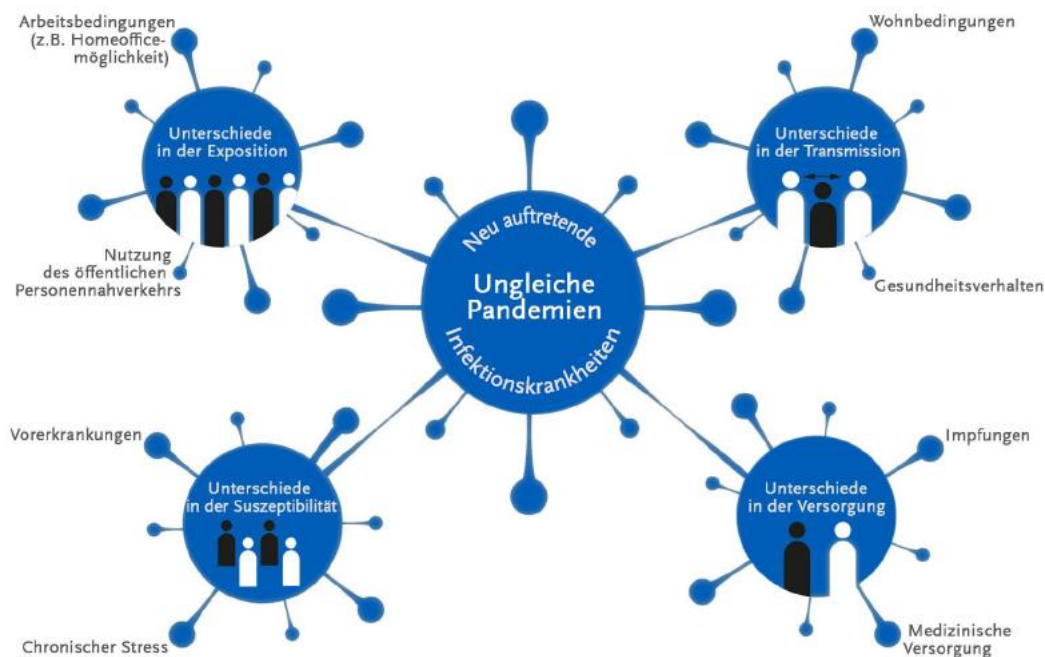


Abbildung 1. Vier zentrale Wirkungspfade gesundheitlicher Ungleichheit bei epidemischen Infektionskrankheiten. Darstellung nach Bambra (2022); vgl. Wachtler et al. (2025, S.7).

3. Soziale Ungleichheit im direkten Pandemiegeschehen

3.1 Infektionen und COVID-19-assoziierte Mortalität

Zu Beginn der Pandemie waren gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen zunächst häufiger in sozioökonomisch besser gestellten Regionen (Wachtler et al., 2020). Im Verlauf der zweiten Welle kehrte sich dieses Muster um: Infektionshäufigkeit und COVID-19-assoziierte Sterblichkeit waren in sozioökonomisch stärker benachteiligten Regionen höher; dies setzte sich in der dritten und vierten Welle fort (Hoebel, Michalski, Wachtler, et al., 2021; Hoebel, Michalski, Diercke, et al., 2021; Hoebel, Haller, et al., 2022). Während der zweiten Welle war die COVID-19-assoziierte Sterblichkeit in stark benachteiligten Kreisen bis zu 1,5-mal so hoch wie in sozioökonomisch besser gestellten Kreisen, auch nach statistischer Berücksichtigung von Altersstruktur, Siedlungsstruktur und Bevölkerungsdichte (Hoebel, Michalski, Diercke, et al., 2021).

Auch auf Individualebene zeigten sich Unterschiede. In einer bundesweiten Antikörperstudie war die adjustierte Chance auf eine nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektion bei Erwachsenen mit

niedriger formaler Bildung 1,87-mal so hoch wie bei Personen mit hoher Bildung. Für Menschen mit einem Einkommen unter 60 % des Medianeinkommens lag sie ebenfalls höher; der Zusammenhang war statistisch jedoch nicht eindeutig (Hoebel, Grabka, et al., 2022). Chronische Erkrankungen, die das Risiko schwerer COVID-19-Verläufe erhöhen, sind ebenfalls sozial ungleich verteilt. Ihr konkreter Anteil an den beobachteten sozialen Unterschieden der COVID-19-Sterblichkeit lässt sich daraus jedoch nicht quantifizieren (Wachtler et al., 2025). Auch über die COVID-19-spezifische Sterblichkeit hinaus zeigte sich eine Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheit: Die Lebenserwartungslücke zwischen sozioökonomisch stark und wenig benachteiligten Regionen hatte sich bereits vor der Pandemie wieder vergrößert und weitete sich während der COVID-19-Pandemie weiter aus. Ursache war vor allem ein Rückgang der Lebenserwartung in stärker benachteiligten Regionen (Hoebel et al., 2025).

3.2 Berufliche Exposition und Arbeitsbedingungen

Berufliche Risiken waren sozial ungleich verteilt und veränderten sich im Pandemieverlauf. Gesundheitsberufe wiesen vor allem zu Beginn hohe Erkrankungsrisiken auf; später traten erhöhte Risiken stärker in Produktions-, Verkehrs- und Logistikberufen sowie bei Tätigkeiten mit niedrigerem Anforderungsniveau hervor (Wahrendorf et al., 2023; Guțu et al., 2023). Menschen mit niedriger Bildung und niedriger beruflicher Stellung konnten ihre Kontakte am Arbeitsplatz in der ersten Welle seltener reduzieren (Waldhauer et al., 2022). Auch die Möglichkeit zum Homeoffice war sozial ungleich verteilt: Ein Teil der Bildungsunterschiede bei Infektionen hing statistisch damit zusammen, dass Menschen mit niedrigerer Bildung seltener von zu Hause arbeiteten (Wachtler et al., 2024).

3.3 Wohn- und Haushaltsbedingungen

Wohn- und Haushaltsbedingungen bestimmten mit, wie gut Kontakte reduziert und infizierte Haushaltsmitglieder räumlich getrennt werden konnten (Bambra, 2022; Wachtler et al., 2025). Beengter, beziehungsweise überbelegter Wohnraum ist sozial ungleich verteilt. Im Jahr 2019 lebten 20,5 % der armutsgefährdeten Menschen in Deutschland in überbelegten Wohnungen, gegenüber 7,8 % in der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2020). In zwei bundesweiten Studien zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Haushaltsgröße und SARS-CoV-2-Infektionen: Mit zunehmender Haushaltsgröße stieg die berichtete Infektionshäufigkeit; in einer weiteren Studie war das Infektionsgeschehen insbesondere in Haushalten mit mehr als vier Personen erhöht (Koschollek et al., 2023; Neuhauser et al., 2022). Haushaltsgröße und beengter Wohnraum sind dabei nicht gleichzusetzen. Die Befunde weisen jedoch darauf hin, dass Haushalts- und Wohnbedingungen die Möglichkeiten der Infektionsvermeidung mitbestimmen.

3.4 Migrationsgeschichte und Flucht

Die Befunde zur COVID-19-Pandemie zeigen, dass sich Infektionsrisiken und Möglichkeiten zum Schutz auch innerhalb der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte deutlich unterschieden. Dabei spielten konkrete Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Zugangsbarrieren eine wichtige Rolle (Wachtler et al., 2025). Hinweise darauf liefert unter anderem eine bundesweite, nicht repräsentative Befragungsstudie: Dort berichteten 6,8 % der Befragten mit und 2,9 % der Befragten ohne Migrationsgeschichte eine SARS-CoV-2-Infektion. Der Unterschied verringerte sich schrittweise, wenn unter anderem Bildung, Haushaltsgröße, Haushaltssprache und eine Tätigkeit im Gesundheitssektor berücksichtigt wurden. Besonders häufig berichteten Beschäftigte mit Migrationsgeschichte im Gesundheitssektor eine Infektion (Koschollek et al., 2023). Darüber hinaus wurden während der Pandemie Diskriminierung und Stigmatisierung im Zusammenhang mit Herkunft und Migration dokumentiert. Europäische Befragungsdaten zeigen Zusammenhänge mit Schwierigkeiten beim Zugang zu Gesundheitsversorgung und bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen (Dollmann & Kogan, 2021; Marchi et al., 2022).

Eine besondere Situation bestand für geflüchtete Menschen in Aufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften. In einer Auswertung dokumentierter Ausbrüche der ersten Pandemiewelle wurde bei 75 % der Ausbrüche eine Kollektivquarantäne verhängt; diese war auch nach Berücksichtigung von Einrichtungsmerkmalen und Teststrategien mit höheren Infektionsraten assoziiert. Ein kausaler Effekt lässt sich daraus nicht ableiten. Die Befunde sprechen jedoch dafür, dass Gemeinschaftsunterkünfte spezifische Infektionsschutzkonzepte erfordern und pauschale Kollektivquarantänen unter beengten Bedingungen mit zusätzlichen Risiken verbunden sein können (Jahn et al., 2022).

4. Soziale Unterschiede bei Testung, Impfung und Prävention

Bei der Testung zeigten sich früh soziale Unterschiede. In einer bundesweiten Studie des Robert Koch-Instituts und des Sozio-oekonomischen Panels hatten bis November 2020 in Regionen mit hoher sozioökonomischer Benachteiligung 18 % der Erwachsenen mindestens einmal einen Labortest mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) erhalten, gegenüber 29 % in wenig benachteiligten Regionen. Zugleich wurde die Zahl der Infektionen in stark benachteiligten Regionen im Meldesystem deutlich stärker unterschätzt: Der geschätzte Untererfassungsfaktor betrug 4,3 gegenüber 1,7 in wenig benachteiligten Regionen. Die Befunde zeigen, dass sozial unterschiedliche Testinanspruchnahme die beobachtete soziale Verteilung gemeldeter Infektionen beeinflussen kann (Hoebel, Haller, et al., 2022). Auch die COVID-19-Impfung wurde sozial ungleich in Anspruch genommen. In einer bundesweiten seroepidemiologischen Studie erfolgte die erste Impfung bei Personen mit

niedriger Bildung und niedrigem Einkommen später; beide Gruppen wiesen auch nach statistischer Adjustierung eine geringere Impfquote auf (Bartig et al., 2023). Besonders deutlich war das Zusammenwirken individueller und regionaler Benachteiligung: Bei Menschen mit niedriger Bildung nahm die Impfquote mit zunehmender sozioökonomischer Benachteiligung der Wohnregion ab. Bei Menschen mit hoher Bildung unterschieden sich die Impfquoten dagegen kaum zwischen unterschiedlich benachteiligten Regionen (Reis et al., 2024). Auch bei Menschen mit Migrationsgeschichte sprechen die Daten gegen eine einfache Erklärung durch geringere Impfbereitschaft. In einer mehrsprachigen Befragung war die Impfquote niedriger, zugleich war die Impfabsticht unter den noch Ungeimpften höher als bei Personen ohne Migrationsgeschichte. Nach Berücksichtigung des sozioökonomischen Status, der Deutschkenntnisse und von Diskriminierungserfahrungen war die statistische Assoziation mit der Migrationsgeschichte nicht mehr nachweisbar (Wulkotte et al., 2024). Die Befunde zu Testung und Impfung zeigen, dass die formale Verfügbarkeit eines Angebots nicht automatisch zu einer sozial gleichmäßigen Inanspruchnahme führt. Studien zu mobilen Impfangeboten weisen darauf hin, dass niedrigschwellige, aufsuchende Angebote insbesondere unterversorgte und marginalisierte Gruppen besser erreichen können; als wichtige Erfolgsfaktoren werden einfache Zugänglichkeit und zielgruppenspezifische Kommunikation beschrieben. Aussagen zur Kostenwirksamkeit und zu langfristigen Effekten sind bislang jedoch begrenzt (Maier et al., 2026).

5. Ausgewählte indirekte Folgen der Pandemie

5.1 Psychische Gesundheit, Erwerbs- und Einkommenslage

Auch bei der psychischen Gesundheit zeigten sich deutliche soziale Unterschiede. Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen waren zwischen 2019 und 2024 durchgängig häufiger von depressiven Symptomen betroffen. In den ersten beiden Pandemie Jahren nahm diese Ungleichheit zunächst nicht eindeutig zu; eine deutliche Ausweitung zeigte sich vor allem ab 2022. Da diese Phase zugleich von weiteren gesellschaftlichen Krisen und starken Preissteigerungen geprägt war, kann die spätere Entwicklung nicht allein der COVID-19-Pandemie zugeschrieben werden (Kersjes et al., 2025).

Die Erwerbs- und Einkommenssituation war für psychische Belastungen relevant. Analysen des Sozio-ökonomischen Panels zeigen, dass wirtschaftliche Sorgen während der Pandemie zunahmen und die psychische Gesundheit zurückging. Die Ergebnisse sprechen jedoch nicht dafür, dass die Pandemie den bereits zuvor bestehenden Zusammenhang zwischen Beschäftigungsform, wirtschaftlichen Sorgen und psychischer Gesundheit wesentlich verstärkt hat (Demirer & Pförtner, 2023).

5.2 Alleinerziehende und ihre Kinder

Ein Beispiel für die Überlagerung materieller, zeitlicher und psychosozialer Belastungen sind Alleinerziehende und ihre Kinder. Im Jahr 2021 lag die Armutsgefährdungsquote von Haushalten mit einem alleinerziehenden Elternteil bei 41,6 % (Goebel & Krause, 2024). In der Studie zur Kindergesundheit in Deutschland aktuell 2022/2023 berichteten Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Haushalten häufiger finanzielle Einschränkungen, familiäre Konflikte und beengte Wohnverhältnisse und erhielten seltener Unterstützung aus dem schulischen Umfeld als Gleichaltrige aus Zwei-Eltern-Haushalten. Zudem zeigten sich häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen und ein erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf. Ein Teil dieser Unterschiede bestand auch nach statistischer Berücksichtigung von Einkommen und Bildung fort (Rattay et al., 2024). Die Studie erlaubt allerdings nicht den Schluss, dass diese Unterschiede erst durch die Pandemie entstanden oder sich durch sie vergrößert haben, da entsprechend vergleichbare präpandemische Daten fehlen (Rattay et al., 2024).

6. Lehren für zukünftige Pandemien

- **Soziale Determinanten verbindlich in die Pandemieplanung integrieren.** Pandemiepläne sollten soziale Determinanten von Gesundheit systematisch berücksichtigen, von der Risikoanalyse über Surveillance und Kommunikation bis zur Planung und Bewertung von Schutzmaßnahmen. Dazu gehören insbesondere Einkommen und Armut, Bildung, Beruf, Wohnbedingungen, migrationsbezogene Lebenslagen und Zugangsbarrieren sowie weitere Formen struktureller Benachteiligung.
- **Soziale Ungleichheit in der Infektionssurveillance systematisch abbilden.** Die Surveillance von Infektionskrankheiten sollte so weiterentwickelt werden, dass sozial ungleich verteilte Infektionsrisiken frühzeitig erkannt werden können. Dafür sollten Meldedaten mit Bevölkerungsstudien, administrativen Daten sowie regionalen Sozial- und Gesundheitsdaten zeitnah gemeinsam auswertbar sein.
- **Prävention lebensweltorientiert, niedrigschwellig und partizipativ gestalten.** Schutz- und Präventionsangebote sollten an den konkreten Lebens- und Arbeitsbedingungen ansetzen. Bevölkerungsgruppen und lokale Akteurinnen und Akteure sollten früh in Planung und Umsetzung einbezogen werden; niedrigschwellige, aufsuchende und mehrsprachige Angebote verringern Zugangsbarrieren.
- **Schutz an Arbeits- und Lebensbedingungen ausrichten.** Betrieblicher Infektionsschutz, Schutzausrüstung und Präventionsangebote sollten sich am tatsächlichen Expositionsrisiko orientieren. Unterschiedliche Möglichkeiten zur Kontaktreduktion, zum Homeoffice und zur räumlichen Isolation sollten bei der Planung von Schutzmaßnahmen berücksichtigt

werden. Pandemieplanung sollte zugleich die Voraussetzungen schaffen, damit Schutzmaßnahmen unter unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen umgesetzt werden können, wie durch geeignete Regelungen am Arbeitsplatz, Möglichkeiten zur räumlichen Trennung und materielle Absicherung.

- **Tragfähige Strukturen zwischen Krisen aufbauen.** Für die Umsetzung dieser Maßnahmen braucht es verlässliche Strukturen und Kooperationen vor Ort. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsberichterstattung, Infektionsschutz und Prävention sollten deshalb auch zwischen epidemischen Krisen eng zusammenarbeiten.
- **Internationale Erfahrungen systematisch nutzen.** Aufarbeitungsprozesse zur COVID-19-Pandemie, etwa in Großbritannien und Australien, bieten zusätzliche Hinweise für die Pandemievorbereitung. Ihre Ergebnisse sollten systematisch auf ihre Übertragbarkeit auf Deutschland geprüft werden.

7. Forschungs- und Datenbedarf

- **Datenlücken schließen und Veränderungen über die Zeit erfassen.** Künftige Forschung sollte soziale Merkmale über den gesamten Verlauf einer epidemischen Lage wiederholt erfassen. Insbesondere Armut und niedrige Einkommen sollten möglichst direkt erhoben und nicht ausschließlich über Bildung, Beruf oder regionale Benachteiligung angenähert werden. Längsschnitt- und Trenddaten sind notwendig, um bereits vor einer Pandemie bestehende Ungleichheiten von Veränderungen während und nach einer Krise unterscheiden zu können.
- **Wirkmechanismen besser verstehen.** Weniger gut untersucht ist, welchen Beitrag einzelne Bedingungen, etwa Armut, Arbeits- und Wohnbedingungen, gesundheitliche Ausgangslagen oder Zugangsbarrieren, zu den beobachteten sozialen Unterschieden im Pandemiegeschehen leisteten und wie sich ihre Bedeutung im Pandemieverlauf veränderte. Künftige Forschung sollte dabei auch das Zusammenwirken verschiedener Formen struktureller Benachteiligung berücksichtigen.
- **Maßnahmen auf Wirksamkeit und soziale Folgen prüfen.** Für viele während der Pandemie eingesetzte Maßnahmen fehlt belastbare Implementations- und Evaluationsforschung. Künftig sollte frühzeitig untersucht werden, welche Bevölkerungsgruppen durch Maßnahmen erreicht werden, wie wirksam sie in unterschiedlichen Lebenswelten sind und ob ihre Wirkungen oder unbeabsichtigten Folgen sozial ungleich verteilt sind. Dies gilt beispielsweise für mobile Impf- und Testangebote ebenso wie für Maßnahmen in Arbeits-, Bildungs- und Wohnsettings.

8. Fazit

Die COVID-19-Pandemie hat bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sichtbar gemacht und in mehreren Bereichen verstärkt, ohne dass sich für alle Endpunkte und Phasen dasselbe Muster zeigte. Entscheidend war nicht die Zugehörigkeit zu einer vermeintlich „vulnerablen“ Gruppe an sich, sondern das Zusammenwirken von Exposition, Arbeits- und Wohnbedingungen, gesundheitlichen Ausgangslagen, materiellen Ressourcen und dem Zugang zu Schutz und Versorgung. Eine zukünftige Pandemieplanung, die soziale Ungleichheit systematisch berücksichtigt und Schutzmaßnahmen an unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausrichtet, kann sowohl den Infektionsschutz als auch die gesundheitliche Chancengerechtigkeit stärken. Dazu gehören zugleich belastbare Daten, eine frühe Evaluation von Maßnahmen und die systematische Auswertung internationaler Erfahrungen (Bambra, 2022; Wachtler et al., 2025).

Literatur

- Bambra, C. (2022). Pandemic inequalities: Emerging infectious diseases and health equity. *International Journal for Equity in Health*, 21, 6. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01611-2>
- Bartig, S., Beese, F., Wachtler, B., Grabka, M. M., Mercuri, E., Schmid, L., Schmid-Küpke, N. K., Schranz, M., Goßner, L., Niehues, W., Zinn, S., Poethko-Müller, C., Schaade, L., Hövener, C., Gößwald, A., & Hoebel, J. (2023). Socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection and vaccination in Germany: A seroepidemiological study after one year of COVID-19 vaccination campaign. *International Journal of Public Health*, 68, 1606152. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606152>
- Demirer, I., & Pförtner, T.-K. (2023). The COVID-19 pandemic as an accelerator of economic worries and labor-related mental health polarization in Germany? A longitudinal interacted mediation analysis with a difference-in-difference comparison. *SSM - Population Health*, 23, 101469. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101469>
- Dollmann, J., & Kogan, I. (2021). COVID-19—associated discrimination in Germany. *Research in Social Stratification and Mobility*, 74, 100631. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2021.100631>
- Department of the Prime Minister and Cabinet. (2024). *COVID-19 Response Inquiry summary: Lessons for the next crisis*. Australian Government. <https://www.pmc.gov.au/resources/covid-19-response-inquiry-summary-report-lessons-next-crisis>
- Goebel, J., & Krause, P. (2024, November 6). Armut in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. *Sozialbericht 2024*. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/553225/armut-in-verschiedenen-bevoelkerungsgruppen/>
- Guţu, R., Schaps, V., Hoebel, J., Wachtler, B., Beese, F., Jacob, J., Alibone, M., & Wahrendorf, M. (2023). Berufsbedingte Unterschiede in COVID-19-Erkrankungen – Eine wellenspezifische Analyse von 3,17 Millionen gesetzlich Versicherten. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 58, 776–784. <https://doi.org/10.17147/asu-1-324029>
- Hoebel, J., Michalski, N., Wachtler, B., Diercke, M., Neuhauser, H., Wieler, L. H., & Hövener, C. (2021). Socioeconomic differences in the risk of infection during the second SARS-CoV-2 wave in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118, 269–270. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0188>
- Hoebel, J., Michalski, N., Diercke, M., Hamouda, O., Wahrendorf, M., Dragano, N., & Nowossadeck, E. (2021). Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths

- during the second pandemic wave in Germany. *International Journal of Infectious Diseases*, 113, 344–346. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.10.037>
- Hoebel, J., Grabka, M. M., Schröder, C., Haller, S., Neuhauser, H., Wachtler, B., Schaade, L., Liebig, S., Hövener, C., & Zinn, S. (2022). Socioeconomic position and SARS-CoV-2 infections: Seroepidemiological findings from a German nationwide dynamic cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(4), 350-353. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-217653>
- Hoebel, J., Haller, S., Bartig, S., Michalski, N., Marquis, A., Diercke, M., Schmid-Küpke, N., Wichmann, O., Sarma, N., Schaade, L., & Hövener, C. (2022). Soziale Ungleichheit und COVID-19 in Deutschland - Wo stehen wir in der vierten Pandemiewelle? *Epidemiologisches Bulletin*, 5/2022, 3-10. <https://doi.org/10.25646/9555>
- Hoebel, J., Michalski, N., Baumert, J., Nowossadeck, E., & Tetzlaff, F. (2025). Die Lebenserwartungslücke: Sozioökonomische Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Deutschlands Regionen. *Journal of Health Monitoring*, 10(1), e13003. <https://doi.org/10.25646/13003>
- Jahn, R., Hintermeier, M., & Bozorgmehr, K. (2022). SARS-CoV-2 attack rate in reception and accommodation centres for asylum seekers during the first wave: Systematic review of outbreak media reports in Germany. *Journal of Migration and Health*, 5, 100084. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100084>
- Kersjes, C., Junker, S., Mauz, E., Beese, F., Walther, L., Müters, S., Schnitzer, S., & Hoebel, J. (2025). Income, educational level, and depressive symptoms in a time of multiple crises: Trends revealed by high-frequency mental health surveillance in Germany, 2019-2024. *Deutsches Ärzteblatt International*, 122(21), 573-578. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0130>
- Koschollek, C., Kajikhina, K., El Bcheraoui, C., Wieler, L. H., Michalski, N., & Hövener, C. (2023). SARS-CoV-2 infections in migrant populations in Germany: Results from the COVID-19 snapshot monitoring survey. *Public Health*, 219, 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.03.015>
- Lampert, T. (2018). Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 68(24), 12-18.
- Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland: Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 3-15. <https://doi.org/10.25646/5868>
- Maier, P. M., Elegbusi, S., Haring, M., & Amelung, V. E. (2026). Impfbusse - ein sinnvoller Ansatz zur Erhöhung der Impfquoten in Deutschland? *Internationale Evidenz und konkrete*

Handlungsempfehlungen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 21, 147-153.

<https://doi.org/10.1007/s11553-024-01187-z>

- Marchi, M., Magarini, F. M., Chiarenza, A., Galeazzi, G. M., Paloma, V., Garrido, R., Ioannidi, E., Vassilikou, K., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Guedes, F. B., Langer Primdahl, N., Skovdal, M., Murphy, R., Durbeej, N., Osman, F., Watters, C., van den Muijsenbergh, M., Sturm, G., ... Derluyn, I. (2022). Experience of discrimination during COVID-19 pandemic: The impact of public health measures and psychological distress among refugees and other migrants in Europe. *BMC Public Health*, 22, 942. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13370-y>
- Neuhauser, H., Schaffrath Rosario, A., Butschalowsky, H., Haller, S., Hoebel, J., Michel, J., Nitsche, A., Poethko-Müller, C., Prütz, F., Schlaud, M., Steinhauer, H. W., Wilking, H., Wieler, L. H., Schaade, L., Liebig, S., Gößwald, A., Grabka, M. M., Zinn, S., & Ziese, T. (2022). Nationally representative results on SARS-CoV-2 seroprevalence and testing in Germany at the end of 2020. *Scientific Reports*, 12, 19492. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23821-6>
- Rattay, P., Öztürk, Y., Geene, R., Blume, M., Allen, J., Poethko-Müller, C., Mauz, E., Manz, K., Wieland, C., & Hövener, C. (2024). Soziale Lage, Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Ein-Eltern-Haushalten zum Ende der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der KIDA-Studie 2022-2023. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 67, 983-997. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03910-9>
- Reis, M., Michalski, N., Bartig, S., Wulkotte, E., Poethko-Müller, C., Graeber, D., Schaffrath Rosario, A., Hövener, C., & Hoebel, J. (2024). Reconsidering inequalities in COVID-19 vaccine uptake in Germany: A spatiotemporal analysis combining individual educational level and area-level socioeconomic deprivation. *Scientific Reports*, 14, 23904. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-75273-9>
- Statistisches Bundesamt. (2020, 26. November). 6,4 Millionen Menschen lebten in Deutschland 2019 in überbelegten Wohnungen (Pressemitteilung Nr. N 079). Destatis-Pressemitteilung
- Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrendorf, M., Santos-Hövener, C., Lampert, T., & Hoebel, J. (2020). Sozioökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 – Erste Ergebnisse einer Analyse der Meldedaten für Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 5(S7), 19–31. <https://doi.org/10.25646/7056>
- Wachtler, B., Beese, F., Demirer, I., Haller, S., Pförtner, T.-K., Wahrendorf, M., Grabka, M. M., & Hoebel, J. (2024). Education and pandemic SARS-CoV-2 infections in the German working population - the mediating role of working from home. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50(3), 168-177. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4144>
- Wachtler, B., Arnold, L., Beese, F., Kersjes, C., Guţu, R., Hamani, N., Demirer, I., Schäfer, J., Kajikhina, K., Waldhauer, J., Schaps, V., Haller, S., Rexroth, U., Schaade, L., Pförtner, T.-K.,

Wahrendorf, M., Starke, D., & Hoebel, J. (2025). Sozioökonomische Ungleichheit in der COVID-19-Pandemie - Ergebnisse und Impulse aus dem Forschungsprojekt INHECOV. *Epidemiologisches Bulletin*, 24/2025, 3-17. <https://doi.org/10.25646/13189>

Waldhauer, J., Beese, F., Wachtler, B., Haller, S., Koschollek, C., Pförtner, T.-K., & Hoebel, J. (2022). Socioeconomic differences in the reduction of face-to-face contacts in the first wave of the COVID-19 pandemic in Germany. *BMC Public Health*, 22, 2419. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14811-4>

Wahrendorf, M., Schaps, V., Reuter, M., Hoebel, J., Wachtler, B., Jacob, J., Alibone, M., & Dragano, N. (2023). Berufsbedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbidität und -Mortalität in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicherten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66, 857–868. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03738-9>

Wulkotte, E., Schmid-Küpke, N., Bozorgmehr, K., Razum, O., Wichmann, O., & Neufeind, J. (2024). Barriers and drivers to COVID-19 vaccination among the migrant and non-migrant population in Germany, 2021. *European Journal of Public Health*, 34(3), 530-536. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae017>