



Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Ausgewählte Ergebnisse des Covid-19 Social Monitors: Lebensqualität, psychische Befindlichkeit und Adhärenz an Schutzmassnahmen im Verlauf der Corona-Pandemie von März 2020 bis Juni 2021

Sarah Heiniger¹, Flurina Meier¹, André Moser², Sarah Schmelzer¹ und Marc Höglinger¹

¹Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie,
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW

²Clinical Trials Unit, Universität Bern

Winterthur, 6. Oktober 2021

Inhalt

Zusammenfassung.....	3
Résumé.....	5
Sintesi.....	7
Summary.....	9
1 Einleitung.....	11
2 Methodik.....	13
2.1 Daten.....	13
2.2 Indikatoren, Subgruppen und Benennung der Phasen der Pandemie.....	15
2.3 Analysestrategie.....	17
2.4 Gewichtung.....	18
3 Lebensqualität.....	19
3.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	19
3.2 Indikatoren.....	20
3.3 Verlauf der Lebensqualität insgesamt und nach Subgruppen.....	21
3.4 Fazit.....	25
4 Psychische Belastung und Gesundheit.....	27
4.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	27
4.2 Indikatoren.....	28
4.3 Verlauf der psychischen Gesundheit insgesamt und nach Subgruppen.....	29
4.4 Fazit.....	35
5 Einsamkeit.....	37
5.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	37
5.2 Indikatoren.....	37
5.3 Verlauf der Einsamkeit insgesamt und nach Subgruppen.....	38
5.4 Fazit.....	42
6 Adhärenz an Schutzmassnahmen.....	43
6.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	43
6.2 Indikatoren.....	44
6.3 Verlauf der Adhärenz an Schutzmassnahmen insgesamt und nach Subgruppen.....	44
6.4 Fazit.....	49
7 Konklusion.....	50
Literaturverzeichnis.....	53
A 1. Publikationsverzeichnis Covid-19 Social Monitor.....	60

Zusammenfassung

Seit März 2020 stellt die Covid19-Pandemie die Schweizer Bevölkerung laufend vor grosse gesellschaftliche Herausforderungen. Mit dem Projekt Covid-19 Social Monitor steht seit Ende März 2020 ein kontinuierliches Monitoring der sozialen und gesundheitlichen Veränderungen in der Bevölkerung zur Verfügung. Aktuelle Ergebnisse des Monitorings werden jeweils wenige Tage nach der Erhebung auf der Webseite <https://covid19.ctu.unibe.ch> präsentiert, und diverse Indikatoren können über die Zeit und nach Subgruppen betrachtet werden. Der vorliegende Bericht steht ergänzend zu den Resultaten auf der Webseite und gibt einen Überblick über die Veränderungen im Lauf der Pandemie zwischen März 2020 und Juni 2021. Der Fokus liegt dabei auf dem allgemeinen Wohlbefinden, der psychischen Befindlichkeit und dem Einsamkeitsempfinden. Zudem wird die Adhärenz der Bevölkerung an Schutzmassnahmen zur Eindämmung der Pandemie betrachtet.

Methode

Datengrundlage bilden die Erhebungswellen 1 bis 17 des Covid-19 Social Monitors (März 2020 bis Juni 2021). Studienpopulation ist die Schweizer Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren mit Online-Zugang. Die Daten wurden gewichtet, und die Analysen sind damit hinsichtlich Alter, Geschlecht, Sprachregion, Kanton und Bildungsabschluss repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung. Da es sich um eine Online-Befragung handelt, dürften online-affine Personen tendenziell übervertreten sein. Dies dürfte insbesondere bei älteren Personen zu einer gewissen Selektivität der Befragten führen.

Ergebnisse

Die Dynamik der Pandemie mit Phasen erhöhter Infektionsraten und damit einhergehenden verstärkten Massnahmen (etwa die «Lockdowns») widerspiegelt sich teilweise im Verlauf des Wohlbefindens, der psychischen Befindlichkeit und des Einsamkeitsgefühls der Bevölkerung. Das allgemeine Wohlbefinden verschlechterte sich leicht während dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020, in der Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 und im zweiten Lockdown am Jahresanfang 2021, während sich die Werte im Sommer 2020 zwischenzeitlich erholten. Die psychische Befindlichkeit verschlechterte sich im Herbst 2020 und blieb dann konstant auf einem, im Vergleich zum Frühjahr/Sommer 2020, leicht schlechteren Niveau. Einsamkeitsgefühle waren ebenfalls häufiger während den Lockdowns und in Phasen der Massnahmenverschärfung.

Die Ergebnisse unterscheiden sich deutlich nach Bevölkerungsgruppen. Junge Erwachsene fallen durch generell hohe Werte bei der psychischen Belastung und bei der Einsamkeit auf. Auch für die gängigen Ungleichheitsfaktoren Bildung und Einkommen zeigen sich deutliche Unterschiede. Personen mit niedrigem Bildungsniveau weisen während der Pandemie – wie auch sonst – eine tiefere Lebensqualität und eine höhere psychische Belastung auf. Bei Personen mit einem tiefen Einkommen zeigen sich für das allgemeine Wohlbefinden, die psychische Befindlichkeit und die Einsamkeit schlechtere Werte als in den übrigen

Einkommensgruppen. Im Verlauf der Pandemie zeigen sich bei den einzelnen Subgruppen auf den unterschiedlichen Niveaus aber sehr ähnliche Verlaufsmuster. Das heisst, dass die Pandemie die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in einem ähnlichen Mass beeinträchtigt zu haben scheint. Allerdings dürfte sich eine Verschlechterung bei einem tieferen Ausgangsniveau häufiger gravierend auswirken.

Hinsichtlich der Adhärenz an Schutzmassnahmen zeigt sich, dass sich die Bevölkerung über die gesamte Phase der Pandemie hinweg grösstenteils konsequent an die jeweils empfohlenen bzw. verordneten Schutzmassnahmen und Verhaltensregeln hielt. Die meisten Massnahmen wurden im ersten Lockdown konsequenter umgesetzt als im zweiten Lockdown, und ab Frühling 2021 zeigt sich eine zunehmende «Normalisierung» der Mobilität und der sozialen Aktivitäten. Jüngere haben es mit dem Abstandhalten etwas weniger genau genommen, waren auch etwas mobiler und sozial aktiver als die Älteren. Sonst zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Subgruppen der Bevölkerung. Einzig für das Arbeiten im Homeoffice zeigt sich – wenig erstaunlich – ein klarer Bildungs- und Einkommensgradient: Personen aus einkommensstärkeren Haushalten und solche mit höherem Bildungsniveau arbeiteten deutlich wahrscheinlicher ganz oder teilweise im Homeoffice. Dies zeigt, dass die Adhärenz an Massnahmen nicht nur von den eigenen Präferenzen und Einstellungen, sondern auch von den individuellen Möglichkeiten und Ressourcen sowie der Lebens- und Erwerbssituation beeinflusst ist.

Konklusion

Für die Gesamtbevölkerung lässt sich ein einigermaßen positives Fazit ziehen: In den betrachteten Bereichen zeigten sich insgesamt keine so stark negativen Auswirkungen der Pandemie wie zu Beginn befürchtet. Die Lebensqualität und die psychische Befindlichkeit der breiten Bevölkerung wurden zwar beeinträchtigt, aber mehrheitlich nur in einem geringen Ausmass und nur kurzfristig. Die beobachteten Veränderungen dürften zudem teilweise auch auf andere Faktoren als die Pandemie zurückzuführen sein. Insbesondere bei der Abnahme des Wohlbefindens und der Zunahme der psychischen Belastung im Herbst/Winter 2020/21 dürfte es sich auch um saisonale Effekte handeln. Besonders vulnerable Gruppen, wie z.B. Personen mit bestehenden psychischen Problemen oder Kinder und Jugendliche in schwierigen Familiensituationen werden von unserer Studie allerdings nicht abgedeckt. Zudem gehen wir im vorliegenden Bericht auf die Auswirkungen der Pandemie im Zeitraum März 2020 bis Juni 2021 ein – die Pandemie ist aber noch nicht vorüber. Die Weiterführung des Covid-19 Social Monitors bietet die Möglichkeit, die längerfristigen Auswirkungen der Pandemie und zentraler Aspekte des Verhaltens weiter zu untersuchen.

Résumé

Depuis mars 2020, la pandémie de COVID-19 place constamment la population suisse face à de grands défis sociétaux. Le projet *Covid-19 Social Monitor*, lancé fin mars 2020, permet de réaliser un monitoring continu des changements sociaux et sanitaires dans notre pays. Les résultats sont à chaque fois présentés quelques jours après le sondage sur le site <https://covid19.ctu.unibe.ch>, où divers indicateurs avec évolution temporelle et sous-groupes de population sont également disponibles. Le présent rapport complète les résultats publiés et offre un aperçu des changements survenus au cours de la pandémie entre mars 2020 et juin 2021. Il se concentre sur le bien-être général, l'état psychique et le sentiment de solitude, tout en prenant également en compte l'adhésion de la population aux mesures visant à endiguer la pandémie.

Methodologie

Les données se fondent sur les sondages 1 à 17 du *Covid-19 Social Monitor* (mars 2020 à juin 2021). L'échantillon est constitué de membres de la population suisse entre 18 et 79 ans disposant d'un accès à Internet. Les données étant pondérées, les analyses sont représentatives de la population suisse pour l'âge, le sexe, la région linguistique, le canton et le niveau de formation. S'agissant d'un sondage en ligne, il est possible que les personnes à l'aise avec l'informatique soient surreprésentées. Il pourrait en découler une certaine sélectivité, en particulier parmi les seniors.

Résultats

La dynamique de la pandémie, constituée de phases avec des taux élevés d'infection et, partant, des mesures plus strictes (les « semi-confinements »), se reflète en partie dans l'évolution du bien-être, de l'état psychique et du sentiment de solitude parmi la population. Le bien-être général s'est légèrement dégradé durant le premier semi-confinement au printemps 2020, lors de la phase de durcissement des mesures en automne 2020 et pendant le deuxième semi-confinement au début de l'année 2021, tandis que les valeurs ont augmenté en été 2020. L'état psychique s'est détérioré en automne 2020 et s'est ensuite stabilisé à un niveau légèrement inférieur à celui du printemps et de l'été 2020. Les sentiments de solitude étaient également plus fréquents durant les semi-confinements et les phases de renforcement des mesures.

Les résultats divergent fortement selon les groupes de population. Chez les jeunes adultes, les valeurs sont généralement élevées en ce qui concerne la charge psychique et la solitude. Des différences nettes sont également visibles pour ce qui est de la formation et du revenu, facteurs courants d'inégalité. Durant la pandémie – tout comme dans les autres situations –, les personnes moins formées ont indiqué avoir une qualité de vie moindre et une charge psychique plus élevée. Pour le bien-être général, l'état psychique et la solitude, les valeurs sont inférieures chez les personnes à faible revenu que parmi les autres groupes de revenu. Cependant, tout au long de la pandémie, un schéma très similaire a été observé dans les sous-groupes à différents niveaux. Autrement dit, la pandémie semble avoir affecté les divers

groupes de population avec la même ampleur. Toutefois, une dégradation peut avoir plus souvent de graves conséquences si le niveau de base est inférieur.

Concernant l'adhésion aux mesures de protection, il s'avère que, pendant toute la pandémie, la population s'est majoritairement conformée rigoureusement aux mesures de protection recommandées ou imposées et aux règles de conduite. La plupart des mesures ont été respectées plus systématiquement durant le premier semi-confinement que pendant le second, et la mobilité et les activités sociales ont connu un retour croissant à la « normalité » depuis le printemps 2021. Les jeunes ont moins rigoureusement appliqué les règles de distance, étaient plus mobiles et plus actifs socialement que les seniors. Ces points mis à part, peu de différences ont été observées entre les différents sous-groupes de la population. Seul le télétravail présente – sans grande surprise – un gradient clair de formation et de revenu : les personnes habitant des ménages dotés d'un plus grand revenu et celles ayant achevé un niveau plus élevé de formation ont eu nettement plus tendance à travailler totalement ou partiellement chez elles. Ce décalage indique que l'adhésion aux mesures ne dépend pas uniquement des préférences et des opinions personnelles, mais également des possibilités et des ressources individuelles, de la situation de vie et du revenu.

Conclusion

L'ensemble de la population fournit un tableau relativement positif : dans les domaines observés, les impacts négatifs de la pandémie se sont globalement avérés moindres que l'on aurait pu le craindre au début. Une grande partie de la population a connu un changement dans sa qualité de vie et son état psychique mais, dans la plupart des cas, dans une moindre mesure et de façon temporaire. En outre, les modifications observées pourraient partiellement découler d'autres facteurs. La diminution du bien-être et l'augmentation de la charge psychique en automne/hiver 2020/21 pourraient en particulier être associées à un effet saisonnier. Notre étude ne couvre toutefois pas les groupes vulnérables, comme les personnes présentant des antécédents psychiques ou les enfants et les adolescents vivant des situations familiales difficiles. De plus, le présent rapport ne s'intéresse qu'à la période située entre mars 2020 et juin 2021 ; or, la pandémie n'est pas encore terminée. Le *Covid-19 Social Monitor* permettra de continuer à étudier les impacts à long terme de la pandémie et les aspects comportementaux centraux.

Sintesi

Sin da marzo 2020, la pandemia di COVID-19 continua a mettere la popolazione svizzera di fronte a grandi sfide sociali. Il progetto COVID-19 Social Monitor fornisce da fine marzo 2020 un monitoraggio continuo dei cambiamenti sociali nella popolazione svizzera e del suo stato di salute. I risultati aggiornati del monitoraggio, riportati rispettivamente alcuni giorni dopo la rilevazione sul sito web <https://covid19.ctu.unibe.ch>, permettono di osservare l'evoluzione di diversi indicatori nel tempo e per sottogruppi. Il presente rapporto, a complemento dei risultati presentati sul sito, offre una panoramica dei cambiamenti nel corso della pandemia tra marzo 2020 e giugno 2021, focalizzando l'attenzione su benessere generale, stato psichico e senso di solitudine oltre che sull'osservanza delle misure di protezione per il contenimento della pandemia da parte della popolazione.

Metodo

La base dei dati è rappresentata dalle tornate di rilevamenti da 1 a 17 del COVID-19 Social Monitor (marzo 2020 – giugno 2021). La popolazione statistica dello studio è costituita dalla popolazione residente in Svizzera di età compresa tra i 18 e i 79 anni con accesso online. I dati sono stati ponderati e le analisi sono pertanto rappresentative della popolazione svizzera in relazione a età, sesso, regione linguistica, Cantone e titolo di studio. Trattandosi di un sondaggio online, le persone affini al digitale potrebbero essere tendenzialmente sovrarappresentate. Ne può risultare una certa selettività delle persone interpellate, in particolare nella fascia di età più elevata.

Risultati

La dinamica della pandemia, con fasi caratterizzate da elevati tassi di infezione e conseguenti misure rafforzate (in particolare i confinamenti), si rispecchia in parte nell'evoluzione di benessere, stato psichico e senso di solitudine della popolazione. Il benessere generale è peggiorato leggermente durante il primo confinamento nella primavera 2020, nella fase dell'inasprimento dei provvedimenti nell'autunno 2020 e nel secondo confinamento all'inizio del 2021, mentre i valori si sono temporaneamente ripresi nell'estate 2020. Lo stato psichico è peggiorato nell'autunno 2020 ed è poi rimasto costante a un livello lievemente inferiore rispetto alla primavera/estate 2020. Il senso di solitudine è stato più frequente durante le fasi di confinamento e di inasprimento dei provvedimenti.

I risultati variano notevolmente a seconda dei gruppi della popolazione: i giovani adulti spiccano per valori elevati in generale nel disagio psichico e nella solitudine. Anche in relazione ai comuni fattori di disuguaglianza della formazione e del reddito si evidenziano differenze significative. Le persone con un livello di formazione basso evidenziano durante la pandemia – come anche in generale – una qualità di vita inferiore e un disagio psichico più elevato. Le persone con un reddito basso presentano valori peggiori rispetto alle altre fasce di reddito in relazione a benessere generale, stato psichico e solitudine. Nel corso della pandemia, nei singoli sottogruppi si evidenziano però andamenti molto simili a livelli diversi. La pandemia sembrerebbe dunque aver toccato in misura simile i diversi gruppi della popolazione. Tuttavia,

un peggioramento dovrebbe portare più spesso a conseguenze gravi se il livello di partenza è più basso.

Per quanto riguarda l'osservanza delle misure di protezione, dallo studio emerge che per tutto il corso della pandemia la popolazione si è perlopiù attenuta in modo coerente alle misure di protezione e alle regole di condotta rispettivamente raccomandate o prescritte. La maggior parte dei provvedimenti è stata attuata in modo più coerente durante il primo confinamento rispetto al secondo e dalla primavera 2021 si evidenzia una crescente «normalizzazione» della mobilità e delle attività sociali. I più giovani sono stati meno attenti al distanziamento oltre che più mobili e socialmente più attivi rispetto ai meno giovani. Per il resto si evidenziano scarse differenze tra i sottogruppi della popolazione. Soltanto in relazione al telelavoro si è mostrato un chiaro gradiente connesso a formazione e reddito: le persone che vivono in economie domestiche con reddito più elevato e quelle con livello di istruzione più alto lavorano con probabilità molto maggiore completamente o parzialmente da casa. Questo risultato sorprende ben poco ed evidenzia come l'osservanza dei provvedimenti non sia influenzata solo da preferenze e posizioni personali, ma anche dalle possibilità e risorse individuali nonché dalla situazione di vita e professionale.

Conclusione

Per la popolazione nel suo complesso è possibile trarre una conclusione complessivamente positiva: negli ambiti osservati, in generale le conseguenze negative della pandemia sono state meno gravi di quanto inizialmente temuto. La qualità di vita e lo stato psichico della popolazione sono stati toccati, ma perlopiù in misura esigua e solo per breve tempo. I cambiamenti osservati potrebbero inoltre essere in parte riconducibili anche ad altri fattori estranei alla pandemia: in particolare il calo del benessere e l'aumento del disagio psichico nell'autunno/inverno 2020/21 potrebbero essere effetti stagionali. I gruppi particolarmente vulnerabili come per esempio le persone con problemi psichici preesistenti o i bambini e i giovani in situazioni familiari difficili non sono stati tuttavia coperti dallo studio. Inoltre nel presente rapporto sono considerati gli effetti della pandemia nell'intervallo di tempo da marzo 2020 a giugno 2021. La pandemia però non è stata ancora superata: proseguire il COVID-19 Social Monitor offre la possibilità di continuare a studiare gli effetti a lungo termine della pandemia e alcuni aspetti centrali del comportamento.

Summary

Since March 2020, the COVID-19 pandemic has posed major social challenges to the Swiss population. The COVID-19 Social Monitor project, which was set up in late March 2020, monitors social and public health changes in the Swiss population on an ongoing basis. The latest results from the monitoring are presented on the website <https://covid19.ctu.unibe.ch> a few days after the survey is conducted, and various indicators can be looked at over time and by subgroup. This report supplements the results on the website and provides an overview of the changes that occurred during the course of the pandemic, between March 2020 and June 2021. It focuses on general well-being, mental health and feelings of loneliness. The report also looks at the population's adherence to the mitigation measures put in place to contain the pandemic.

Method

The analyses are based on data from survey waves 1 to 17 of the COVID-19 Social Monitor (March 2020 to June 2021). The study population is the Swiss resident population aged between 18 and 79 with internet access. The data have been weighted and are therefore representative of the Swiss population in terms of age, sex, language region, canton and educational level. As it is an online survey, proficient internet users are likely to be overrepresented. This is likely to result in a certain selection bias, particularly in older people.

Results

The dynamic of the pandemic, with increasing infection rates and the ensuing tightening of measures (e.g. lockdowns) is reflected to some extent in the evolution of the population's well-being, mental health and feelings of loneliness. General well-being slightly deteriorated during the first lockdown in the spring of 2020, during the period of stricter measures in the autumn of 2020, and in the second lockdown in early 2021, while the values temporarily recovered in the summer of 2020. Mental health deteriorated in the autumn of 2020 and then remained at a level that was slightly below that of spring/summer 2020. Feelings of loneliness were also more frequent during the lockdowns and during phases with stricter measures.

The results vary widely by population group. It is striking that young adults generally have high levels of psychological distress and loneliness. There are also clear differences in terms of the common factors of inequality: education and income. People with a low level of education have a lower quality of life and a higher level of psychological distress during the pandemic – as is the case the rest of the time. In people on low incomes, levels of general well-being, psychological distress and loneliness during the pandemic were worse than in the other income groups. However, during the course of the pandemic, very similar patterns emerge in terms of the various indicators in the individual subgroups. In other words, the pandemic appears to have affected the different population groups to a similar extent. However, deterioration from a lower base level is more likely to have a serious impact.

In terms of adherence to the mitigation measures, it is clear that for the most part, the population systematically complied with the recommended and/or prescribed measures and rules on hygiene and physical distancing throughout the pandemic. Most of the measures were implemented more systematically in the first lockdown than in the second, and from the spring of 2021, an increasing 'normalisation' of mobility and social activities becomes apparent. Younger people were less meticulous about physical distancing, and were also more mobile and more socially active than older people. Other than that, hardly any differences emerge between the population subgroups. Only in terms of working from home was there – unsurprisingly – a clear education and income gradient as people from high-income households and those with higher levels of education were significantly more likely to work from home partially or fully. This shows that adherence to the measures does not only depend on one's preferences and attitudes, but is also influenced by individual opportunities and resources, as well as living conditions and employment situation.

Conclusion

For the population as a whole, the conclusion is reasonably positive: in none of the areas considered was the negative impact of the pandemic as bad as initially feared. While the quality of life and mental health of the wider population was adversely affected, in most cases this was to a limited extent and only temporary. The observed changes can also likely be attributed to some extent to factors other than the pandemic. The decrease in well-being and the increase in psychological distress in particular in the autumn/winter of 2020–21 are also likely to be seasonal effects. People from vulnerable groups, such as those with existing psychological problems or children and young people from difficult family backgrounds, are not covered by our study. Also, this report only looks at the impact of the pandemic in the period from March 2020 to June 2021, but the pandemic is not yet over. Continuation of the COVID-19 Social Monitor will allow us to continue to study the longer-term effects of the pandemic and central aspects of behaviour.

1 Einleitung

Seit Ende 2019 hat sich Sars-CoV-2 weltweit ausgebreitet, und die rasche Entwicklung des Infektionsgeschehens führte zu grossen gesellschaftlichen Herausforderungen. Einerseits wurde die Gesundheitsversorgung der betroffenen Länder stark belastet, und eine Vielzahl von Menschen verstarb an den Folgen einer Covid-19-Erkrankung. Weltweit wurden bis Anfang August 2021 über 4 Millionen Todesfälle im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung verzeichnet (World Health Organization, 2021). Die Schweiz vermeldete bis zu diesem Zeitpunkt über 10'000 Todesfälle (Bundesamt für Gesundheit, 2021). Andererseits wurden weitreichende Massnahmen zur Eindämmung der Pandemie ergriffen, die sich auf fast alle Lebensbereiche erstreckten. Schulen, Läden, Restaurants und andere private und öffentliche Begegnungsstätten wurden phasenweise geschlossen, und Restriktionen schränkten soziale Zusammenkünfte auch im Familien- und Freundeskreis zeitweise stark ein.

Die gesamte Bevölkerung war nicht nur dem Risiko einer Ansteckung mit Sars-CoV-2 ausgesetzt. Sie trug auch die Massnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Um die aus der Pandemie und den Massnahmen möglicherweise resultierenden sozialen und gesundheitlichen Veränderungen und Probleme frühzeitig zu erkennen, ist ein zeitnahe Monitoring nötig. Genau dieses Ziel verfolgt das Projekt «Covid-19 Social Monitor», welches am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im März 2020 initiiert wurde und seither in Kooperation mit dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich und der Clinical Trials Unit (CTU) der Universität Bern durchgeführt wird.

Der Covid-19 Social Monitor erfasst seit Ende März 2020 regelmässig Indikatoren zum Wohlbefinden, dem psychischen und physischen Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Erwerbssituation der erwachsenen Schweizer Bevölkerung. Kurzfristig können so die Auswirkungen von behördlichen Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus unmittelbar beurteilt werden (von Wyl et al., 2021). Mittelfristig werden die Folgen der Covid-19-Pandemie und der Public-Health-Massnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung sichtbar (z.B. soziale Isolation, physische und psychische Gesundheit, Einschränkungen der Gesundheitsversorgung) (Höglinger, 2020; Höglinger et al., 2020; Höglinger & Heiniger, 2020). Langfristig kann z.B. die öffentliche Akzeptanz von Massnahmen oder deren genaue Umsetzung in der Praxis untersucht werden (Moser et al., 2020; Moser et al., 2021)

Kern der Berichterstattung des Covid-19 Social Monitors bildet eine Webseite (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>) auf welcher die Resultate jeweils innerhalb weniger Tage nach der Befragung veröffentlicht werden. Diese Website ermöglicht es, die erfassten Indikatoren im Zeitverlauf für einzelne Befragungswellen, z.B. während der verschiedenen Phasen der Pandemie, zu betrachten und Unterschiede zwischen Subgruppen der Bevölkerung wie z.B. in Bezug auf Landesregionen, Bildungsniveau, Erwerbs- oder Familiensituation zu analysieren (Abbildung 1).

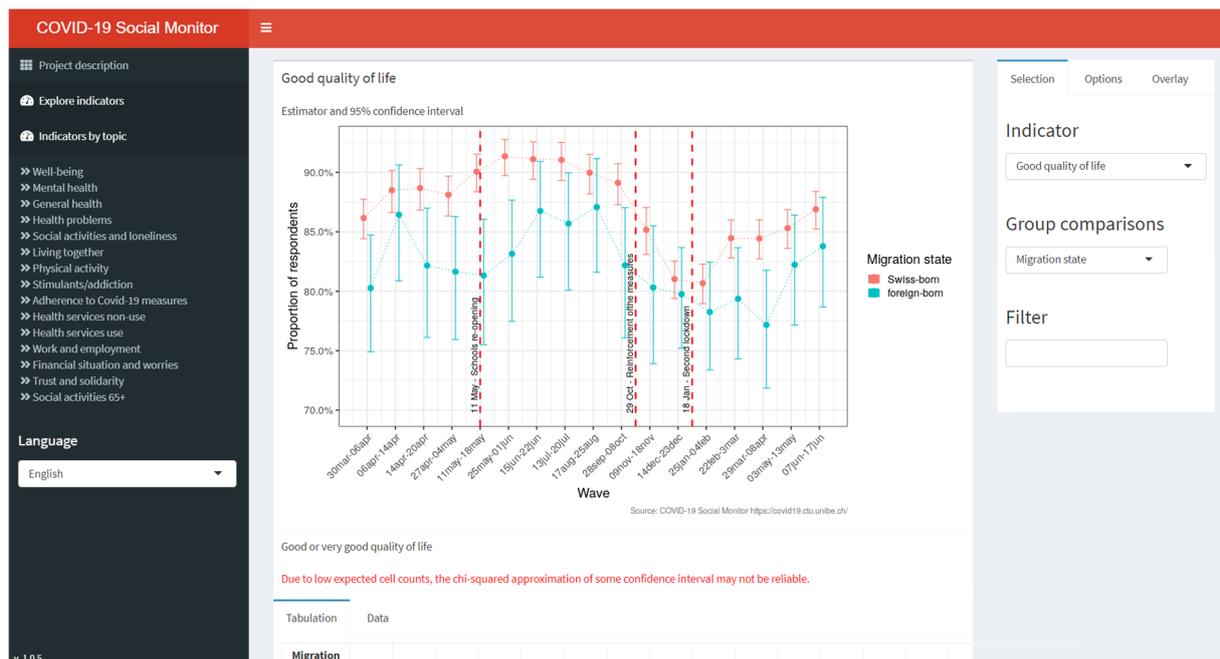


Abbildung 1: Website des Covid-19 Social Monitors (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>) mit interaktiven Analysemöglichkeiten für die einzelnen Indikatoren. Beispiel eines Indikators nach Subgruppen, hier «Gute Lebensqualität» nach Migrationserfahrung.

Der vorliegende Bericht gibt ergänzend zur zeitnahen und umfassenden Berichterstattung via Website einen vorläufigen Überblick über einige relevante Auswirkungen der Pandemie zwischen März 2020 und Juni 2021: Basierend auf deskriptiven Analysen zeigen wir, wie sich das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung, die psychische Befindlichkeit und das Einsamkeitsempfinden über den Verlauf der Pandemie hinweg verändert haben und welche Unterschiede sich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen abzeichnen. Zudem untersuchen wir die Adhärenz der Bevölkerung an Schutzmassnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Ein besseres Verständnis der zeitlichen Verläufe von etablierten Gesundheits- und Sozialindikatoren unterstützt Entscheidungsträger in der Planung, Evaluierung und Kommunikation von populationsbezogenen Massnahmen, um diese zukünftig spezifisch für Bevölkerungsgruppen implementieren zu können.

2 Methodik

2.1 Daten

Der Covid-19 Social Monitor ist eine Online-Befragung, bei der die Teilnehmenden wiederholt zu unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Themen befragt werden. Als Datengrundlage für diesen Bericht dienen die Erhebungswellen 1 bis 17 von März 2020 bis Juni 2021. Die Studienpopulation ist die Schweizer Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren mit Online-Zugang. Die Teilnehmenden wurden aus einem bestehenden, auf Zufallsziehungen basierenden Online-Access-Panel des LINK Instituts zufällig ausgewählt. Um eine möglichst hohe Repräsentativität zu erreichen, wurde die Stichprobe nach Alter, Geschlecht und Landesregion stratifiziert, d.h. die Kohorte ist in Bezug auf diese drei Schichtungsmerkmale repräsentativ für die Schweiz. Von den 8'174 Teilnehmenden, die Ende März 2020 für die erste Befragungsrunde kontaktiert wurden, füllten 2'026 den Fragebogen aus (Teilnahmequote: 24,8%). Anschliessend wurden die gleichen Personen zuerst ein- bis zweiwöchentlich, ab Juni 2020 dann in ca. monatlichen Abständen wiederholt befragt. Dabei wurden jeweils zwischen 1'500 und 1'700 Fragebogen ausgefüllt (Tabelle 1). Im Dezember 2020 (Erhebungswelle 12) wurde die Stichprobe um 1'355 neue Teilnehmende ergänzt, um eine genügend grosse Fallzahl zu gewährleisten (6'648 neue Einladungen und 1'355 beantwortete Fragebogen, Teilnahmequote: 20,4%). In den Erhebungswellen 12 bis 17 nahmen jeweils zwischen 2'100 und 2'900 Personen teil. Die Antwortquote (d.h. die Prozentzahl an Personen, welche in Folgerhebungswellen teilnahmen) lag für alle Erhebungswellen zwischen 62% und 83%.

Das longitudinale Design der Studie ermöglicht es, Veränderungen in den erfassten Indikatoren über den Verlauf der Pandemie hinweg zu erkennen. Die meisten Indikatoren werden seit März 2020 kontinuierlich erfasst, einige wurden nachträglich hinzugefügt, einige nur einmalig erhoben. Detailliertere Informationen zum Studiendesign können der Publikation von A. Moser et al.(2020) entnommen werden.

Tabelle 1: Übersicht der «Covid-19 Social Monitor»-Erhebungswellen

Erhebungswelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kalenderwoche 2020/21	14	15	16	18	20	22	25	29	34
Start der Erhebung	30. März 20	6. April 20	14. April 20	27. April 20	11. Mai 20	25. Mai 20	15. Juni 20	13. Juli 20	17. August 20
Erhebungszeitraum (in Tagen)	7	8	6	9	7	7	7	8	8
Stichprobengrösse	2026	2026	2026	2026	2026	2026	2026	2026	2026
Anzahl Teilnehmende	2026	1537	1540	1729	1673	1616	1522	1508	1532
Antwortquote*	100	76	76	85	83	80	75	74	76

Erhebungswelle	10	11	12	13	14	15	16	17
Kalenderwoche 2020/21	40	46	51	4	8	13	18	23
Start der Erhebung	28. September 20	9. November 20	14. Dezember 20	25. Januar 21	22. Februar 21	29. März 21	3. Mai 21	7. Juni 21
Erhebungszeitraum (in Tagen)	10	9	9	10	9	10	10	10
Stichprobengrösse	2026	2026	3381	3381	3381	3381	3381	3381
Anzahl Teilnehmende	1511	1492	2802	2564	2346	2219	2154	2095
Antwortquote*	75	74	83	76	69	66	64	62

*Anzahl Teilnehmende dividiert durch Stichprobengrösse

2.2 Indikatoren, Subgruppen und Benennung der Phasen der Pandemie

Indikatoren

Ausführlichere Informationen zu den verwendeten Indikatoren können den jeweiligen Kapiteln entnommen werden. Auch auf der Webpage <https://covid19.ctu.unibe.ch/> finden sich ausführliche Angaben zu den hier verwendeten Indikatoren sowie Indikatoren zu weiteren Themenbereichen.

Zur Beurteilung des allgemeinen Wohlbefindens verwenden wir die Outcomes «gute Lebensqualität» und «schlechte Lebensqualität». Zur Untersuchung der psychischen Befindlichkeit nutzen wir mehrere etablierte Outcomes, welche das Spektrum von nicht-pathologischem Stress («Häufiges Stressempfinden», «erhöhte psychische Belastung») über «hohe psychische Belastung» mit bereits stark erhöhtem Risiko für eine psychische Erkrankung bis hin zu pathologischen Befunden («Depressivität») abdecken. Dies erlaubt uns, die psychische Befindlichkeit differenziert zu analysieren. In Ergänzung dazu analysieren wir die gefühlte «Einsamkeit» als eine weitere Dimension psychischer Befindlichkeit, welche hinsichtlich der einschränkenden Pandemie-Massnahmen stark thematisiert wurde. Zusätzlich betrachten wir die Entwicklung der Adhärenz an Massnahmen zur Pandemiebewältigung («Abstandhalten», «zu Hause bleiben», «Besuche bei über 65-Jährigen absagen», «Gesichtsmasken tragen», «ÖV meiden» und «Homeoffice»).

Subgruppen

Für die Subgruppenanalysen verwenden wir einerseits gängige sozio-demografische Klassifizierungen: Alter, höchster Bildungsabschluss, Haushaltseinkommen, Wohnort und Migrationserfahrung. Bildung und Einkommen sind wichtige Ressourcen und eine zentrale Dimension gesellschaftlicher Ungleichheiten. Andererseits betrachten wir drei Gruppen, die von der Pandemie und ihren Auswirkungen besonders betroffen sein könnten: Personen mit bestehenden chronischen Erkrankungen, Personen mit psychischen Vorerkrankungen sowie alleinlebende Personen (Tabelle 2): Personen mit chronischen Erkrankungen galten seit Beginn der Ausbreitung von Sars-CoV-2 in Bezug auf einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung als besonders gefährdet und wurden aufgerufen, sich besonders gut vor einer Infektion zu schützen. Personen mit psychischen Vorbelastungen sind eine besonders vulnerable Gruppe, was Wohlbefinden und psychische Befindlichkeit anbelangt. Alleinlebende Personen schliesslich dürften möglicherweise durch Massnahmen, welche auf eine Einschränkung der Mobilität und der sozialen Kontakte zielten, besonders stark betroffen worden sein.

Tabelle 2: Übersicht zur Verteilung der Subgruppen

	Initiales Sample (n=2026)		Initiales und Auffrischungssample (n=3381)	
	n	%	n	%
Alter				
18- bis 29-Jährige	387	19.1	658	19.5
30- bis 39-Jährige	279	13.8	472	14.0
40- bis 49-Jährige	371	18.3	620	18.3
50- bis 59-Jährige	453	22.4	760	22.5
60- bis 79-Jährige	536	26.4	871	25.8
Geschlecht				
Männer	1002	49.5	1674	49.5
Frauen	1024	50.5	1707	50.5
Bildungsabschluss				
Obligatorische Schule	113	5.6	198	5.9
Sekundarstufe II	1325	65.6	2224	65.9
Tertiärstufe	583	28.9	953	28.2
Haushaltseinkommen				
Bis 5000 Fr.	481	23.7	811	24.0
5000 bis 9999 Fr.	889	43.9	1482	43.8
10000 Fr. und mehr	419	20.7	701	20.7
Keine Angaben	238	11.7	387	11.5
Migrationserfahrung				
In der Schweiz geboren	1741	87.2	2925	87.3
Im Ausland geboren	256	12.8	426	12.7
Wohnort urban/rural				
Stadt/Agglomeration	1610	79.5	2692	79.6
Land	416	20.5	689	20.4
Allein lebend				
Lebt allein	418	20.6	727	21.5
Lebt nicht allein	1608	79.4	2654	78.5
Chronische Krankheit (NCD)				
Ohne NCD	1125	56.3	1880	56.1
Mit NCD	874	43.7	1474	43.9
Psychiatrische Diagnose¹				
Ohne psychiatrische Diagnose	1778	88.9	2957	88.2
Mit psychiatrischer Diagnose	221	11.1	397	11.8

Anmerkungen: Die ausgewiesenen Anteilswerte basieren auf gewichteten Auswertungen (siehe Abschnitt 2.4)

¹ Erfragt mit dem Item: Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie... eine Depression, Angstzustände oder andere psychische Störungen haben?

Benennung der Phasen der Pandemie

In Anlehnung an Stocker et al. (2021) orientieren wir uns für die zeitliche Strukturierung und die Benennung der verschiedenen Phasen der Covid-19-Pandemie in der Schweiz an den Massnahmen auf Bundesebene. Zwischen März 2020 und Juni 2021 lassen sich so fünf Phasen der Pandemie unterscheiden: erster Lockdown, erste Lockerungsphase, Phase der Massnahmenverschärfung, zweiter Lockdown und zweite Lockerungsphase (Tabelle 3). Die Lockerungsphasen beginnen jeweils mit dem Zeitpunkt der Wiedereröffnung aller Einkaufsläden und Märkte. Dies stimmt in der ersten Phase der Pandemie nicht exakt mit den ersten vom Bund beschlossenen Lockerungsschritten überein, die bereits am 27. April 2020 erfolgten (Öffnung von personenbezogenen Dienstleistungen wie Coiffeure, Bau- und Fachmarkt, Lockerungen im ambulanten und stationären medizinischen Bereich).

Tabelle 3: Benennung der Phasen der Pandemie

Phasen	Charakterisierung	Zeitraum
I	Erster Lockdown	16. März – 10. Mai 2020
II	Erste Lockerungsphase	11. Mai – 18. Oktober 2020 <i>(mit Einschränkungen: Einführung der Maskenpflicht im ÖV 6. Juli 2020)</i>
III	Phase der Massnahmenverschärfung	19. Oktober 2020 – 17. Januar 2021
IV	Zweiter Lockdown	18. Januar – 27. Februar 2021
V	Zweite Lockerungsphase	1. März – Juni 2021

2.3 Analysestrategie

In einem ersten Schritt präsentieren wir den Verlauf ausgewählter Indikatoren für die Gesamtbevölkerung über den Verlauf der Pandemie hinweg. In einem zweiten Schritt berichten wir Mittelwerte der Indikatoren nach Subgruppen für den gesamten Beobachtungszeitraum, um einen ersten Einblick in Unterschiede zwischen Gruppen zu erhalten. Wir berücksichtigen dabei die Mehrfachantworten der einzelnen Teilnehmenden durch die Verwendung von robusten Standardfehlern. Weiter adjustieren wir um Alter, Geschlecht und Sprachregion, um für relevante Faktoren, welche mit den untersuchten Indikatoren assoziiert sind, zu korrigieren. In einem dritten Schritt zeigen wir den zeitlichen Verlauf der Indikatoren nach Subgruppen auf. Damit können wir allfällige unterschiedliche zeitliche Veränderungen zwischen Subgruppen untersuchen. Alle Schätzungen der Anteilswerte basieren auf logistischen Regressionen. Wir berichten marginal Predictions, die im nicht-adjustierten Modell den Mittelwerten entsprechen.

2.4 Gewichtung

Die berichteten Analysen basieren auf gewichteten Daten und sind damit repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Sprachregion, Kanton und Bildungsabschluss (Stand Volkszählung 2018) (A. Moser et al., 2020, 2021). Zudem wurden Kalibrierungsgewichte berechnet, welche für mögliche Repräsentativitätsverzerrungen durch Nicht-Teilnahme von Personen korrigieren (A. Moser et al., 2021).

3 Lebensqualität

3.1 Hintergrund und Forschungsstand

Die WHO definiert Lebensqualität als subjektive Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext von Kultur und Wertesystemen, in denen man lebt, und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Standards und Sorgen.² Lebensqualität fokussiert somit nicht ausschliesslich auf das psychische Befinden, ist aber ein Aspekt, der neben Lebenszufriedenheit, dem Wohlbefinden oder Glück zur Beurteilung der «positiven psychischen Gesundheit einer Bevölkerung» erfasst werden kann (Schuler et al., 2020).

In der Schweiz wird die allgemeine Lebensqualität etwa in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) erhoben. Beinahe 92% der Schweizer Bevölkerung schätzen dabei 2017 ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut ein (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2021). Dieser Wert entspricht dem Ergebnis der vorherigen SGB 2012. Die Lebensqualität unterscheidet sich nach Alter, Bildungsniveau und Sprachregion, nicht aber nach Geschlecht. Im Vergleich zu Personen mittleren Alters schätzen Jüngere und Ältere ihre Lebensqualität häufiger als gut oder sehr gut ein. Auch Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe oder Sekundarstufe II weisen im Mittel eine höhere Lebensqualität auf als Personen mit einem obligatorischen Bildungsabschluss. Auch bei der Betrachtung der Lebensqualität nach Sprachregionen gibt es Unterschiede: In der deutsch- und rätoromanischen Schweiz ist die Lebensqualität mit 94% deutlich höher als in der französischen- oder italienischsprachigen Schweiz mit 87%.

Nur wenige Studien können bis dato valide Aussagen zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Lebensqualität in der Schweiz im Vergleich zu vor der Pandemie machen. In der FORS-Covid-19 MOSAiCH Erhebung konnte gezeigt werden, dass das allgemeine Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit sich während dem ersten Lockdown (Erhebungszeitraum Ende April bis Mitte Juni 2020) auf demselben Niveau hielt wie vor der Covid-19-Pandemie (Ehrler et al., 2020). Kuhn et al. (2021) untersuchten die Konsequenzen der ersten Phase der Covid-19-Pandemie auf die Lebenszufriedenheit mit den Daten des Schweizerischen Haushalt-Panels (SHP) (Erhebung 12. Mai bis 30. Juni 2020) und stellten ebenfalls keine Veränderungen im Vergleich zu vor der Pandemie fest. Auch Auswertungen der SILC-Daten (Survey of income and living conditions) zeigen für die erste Phase der Pandemie (Erhebung bis Juni 2020) eine hohe Lebenszufriedenheit (40% der Befragten waren mit ihrem gegenwärtigen Leben sehr zufrieden), die sich nicht merklich von den Werten in den Vorjahren unterschied (Bundesamt für Statistik, 2020a). Zwei Studien, welche die Veränderung des Wohlbefindens retrospektiv erfassten, zeigen bei rund einem Drittel der Befragten eine Verschlechterung des Wohlbefindens (Bütikofer et al. 2021; Reiser 2021). Allerdings sind retrospektive Einschätzungen des Wohlbefindens für die Befragten oft schwierig. Internationale Quer- und Längsschnittstudien weisen bezüglich des subjektiven

² <https://www.who.int/toolkits/whoqol>

Wohlbefindens zu Beginn der Pandemie auf eine hohe Resilienz hin (Entringer et al., 2020; Helliwell et al., 2021). Ein Vergleich basierend auf den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigt für die Bevölkerung in Deutschland keine Veränderungen in der Lebenszufriedenheit zwischen April 2019 und April 2020 (Entringer et al., 2020). Eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Lebenszufriedenheit deutet auf eine Angleichung der sozioökonomischen Unterschiede in der ersten Phase der Pandemie hin. Die Lebenszufriedenheit von Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen erhöhte sich zu diesem Zeitpunkt leicht, während die Lebenszufriedenheit von Personen mit hoher Bildung und hohem Einkommen leicht sank. Auch Daten des Eurobarometers und des Gallup World Poll weisen auf die Beständigkeit der Lebenszufriedenheit während der Pandemie hin (Helliwell et al., 2021). Einzig in Grossbritannien, Kanada und den USA sank das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit während der ersten Phase der Pandemie deutlich (Fujiwara et al., 2020; Helliwell et al., 2021; Helliwell et al., 2020; VanderWeele et al., 2021).

3.2 Indikatoren

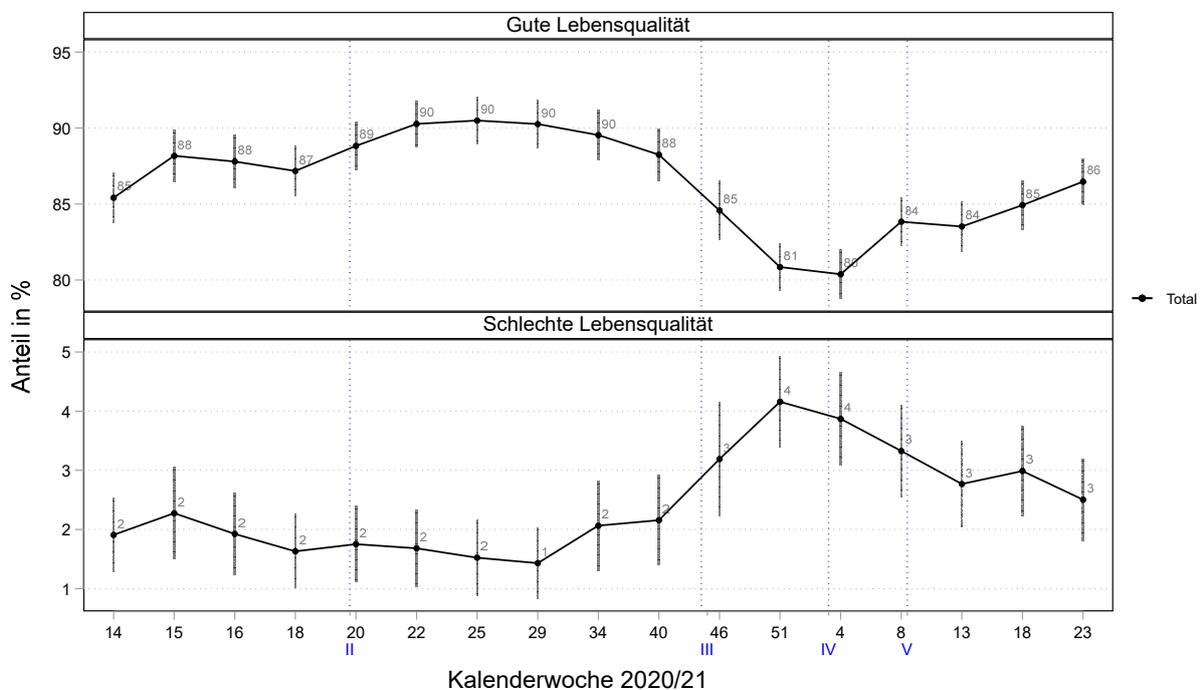
Im Covid-19 Social Monitor erfassen wir die allgemeine Lebensqualität mit einem eindimensionalen Frage-Item, welches aus dem Fragekatalog der SGB 2017 bzw. 2012 übernommen wurde. Damit stehen Vergleichswerte für die Schweiz für die Zeit vor der Covid-19-Pandemie zur Verfügung. Um die Entwicklung der Lebensqualität nachzuverfolgen, betrachten wir zwei Indikatoren im Pandemie-Verlauf: «gute Lebensqualität», welche sowohl gute als auch sehr gute Lebensqualität umfasst, und «schlechte Lebensqualität» mit Angabe «schlechte» oder «sehr schlechte» Lebensqualität (Tabelle 4). Zusätzlich liessen wir die Befragungsteilnehmenden zu drei Zeitpunkten (erster Lockdown, KW 14/2020; Phase der Massnahmenverschärfung, KW 46/2020, zweite Lockerungsphase, KW 23/2021) retrospektiv einschätzen, wie sich ihre Lebensqualität im Vergleich zu vor der Pandemie verändert hat.

Tabelle 4: Messung der allgemeinen Lebensqualität und der aktuellen Lebensqualität im Vergleich zu vor der Pandemie

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorisierung
Gute Lebensqualität	Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen im Moment ein? <i>Sehr gut/Gut vs. (Weder gut noch schlecht/Schlecht/Sehr schlecht)</i>
Schlechte Lebensqualität	<i>Schlecht/Sehr schlecht vs. (Weder gut noch schlecht/Gut/Sehr gut)</i>
Lebensqualität im Vergleich zu vor der Pandemie	<i>Wie ist Ihre Lebensqualität im Moment im Vergleich zu vor der Corona-Pandemie?</i> <i>Viel schlechter/Eher schlechter/Etwa gleich/Eher besser</i>

3.3 Verlauf der Lebensqualität insgesamt und nach Subgruppen

Im Durchschnitt blieb die Lebensqualität der Gesamtbevölkerung trotz Corona-Pandemie im gesamten Verlauf der Pandemie weitgehend auf hohem Niveau. Während dem ersten Lockdown pendelte der Anteil Befragter mit einer (sehr) guten Lebensqualität zwischen 85% und 88%. In der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020 stieg dieser Anteil leicht und sank in der Phase der Massnahmenverschärfungen im Herbst wieder deutlich ab, bis Ende Januar im zweiten Lockdown mit 80% der Tiefpunkt erreicht wurde. Seitdem stieg der Anteil Befragter mit guter Lebensqualität wieder kontinuierlich an (Abbildung 2). Der Anteil Befragter mit einer schlechten Lebensqualität war sehr tief im gesamten Verlauf der Pandemie. Zwischen dem ersten Lockdown und dem Ende der ersten Lockerungsphase blieb der Anteilswert stabil, verdoppelt sich aber in der Phase der Massnahmenverschärfung und im zweiten Lockdown (Abbildung 2).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 2: Gute und schlechte Lebensqualität im Verlauf der Covid-19-Pandemie. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Die Lebensqualität unterscheidet sich während der Pandemie – wie auch in «normalen» Zeiten – zwischen Subgruppen der Bevölkerung. Insbesondere zeigen sich deutliche Unterschiede nach Bildungsniveau und Haushaltseinkommen. Abbildung 3 zeigt die Anteile der Personen mit guter Lebensqualität nach einzelnen Subgruppen über alle Erhebungswellen. Die Grafik zeigt sowohl unadjustierte als auch adjustierte Schätzungen, bei

denen um Alter, Geschlecht und Wohnregion kontrolliert wurde. Im Text präsentieren wir primär die unadjustierten Werte und gehen nur bei grösseren Abweichungen auf die adjustierten Werte ein.

Insgesamt gaben Personen mit obligatorischem Schulabschluss und Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen (< 5'000 Fr.) weniger oft eine gute Lebensqualität an als Befragte mit einem tertiären Bildungsabschluss oder einem hohen Haushaltseinkommen (>10'000 Fr.). Unterschiede hinsichtlich des Bildungsniveaus und des Einkommens sind auch beim Anteil der Befragten mit schlechter Lebensqualität deutlich sichtbar, wobei sich ein komplementäres Muster zeigt. Bei Alleinlebenden, Personen mit einer NCD und bei Personen mit einer psychischen Diagnose zeigten sich über den hier beobachteten Zeitraum der Pandemie deutlich tiefere Anteile mit guter und deutlich höhere Anteile mit schlechter Lebensqualität im Vergleich zur restlichen Bevölkerung (Abbildung 3).

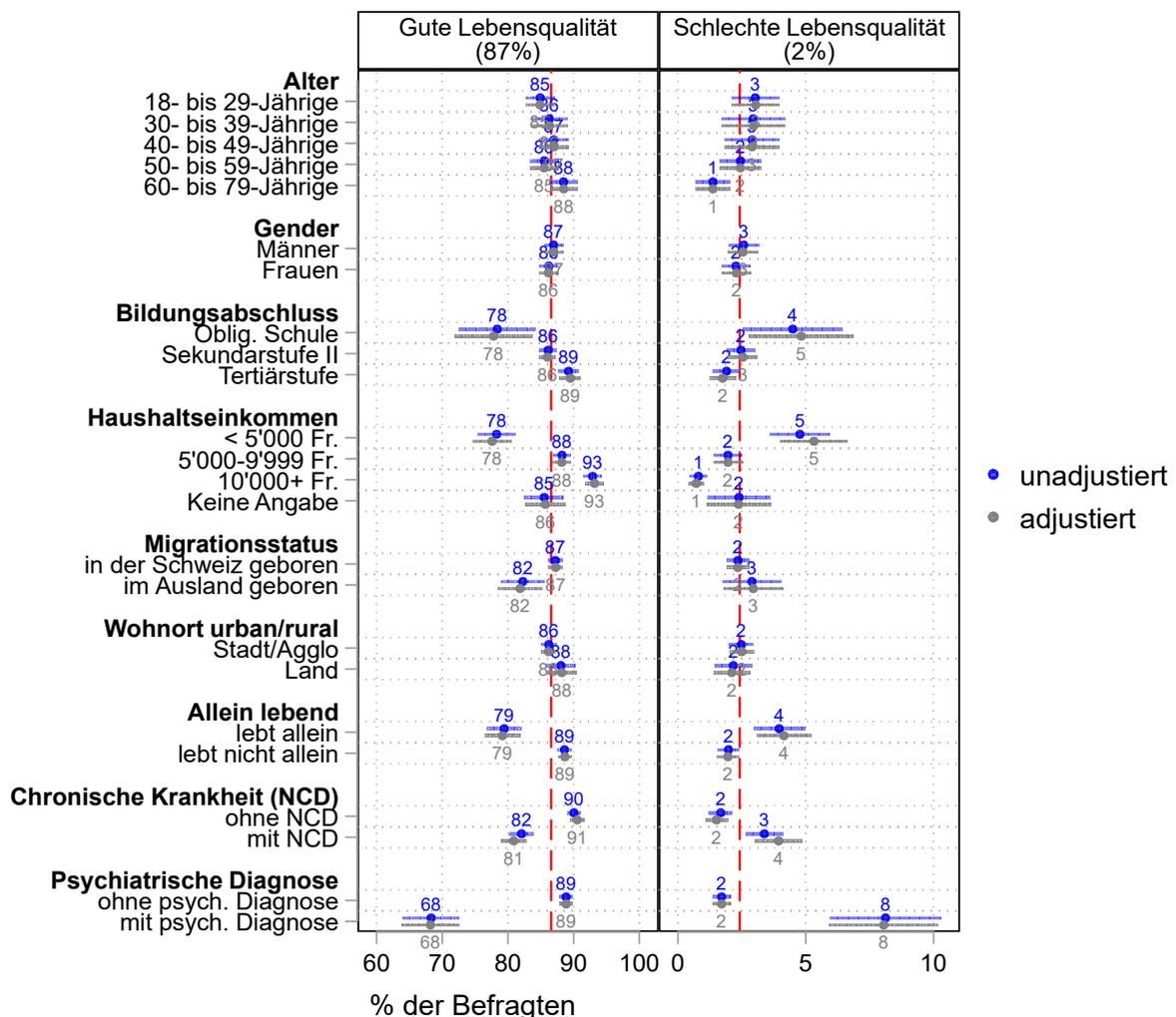
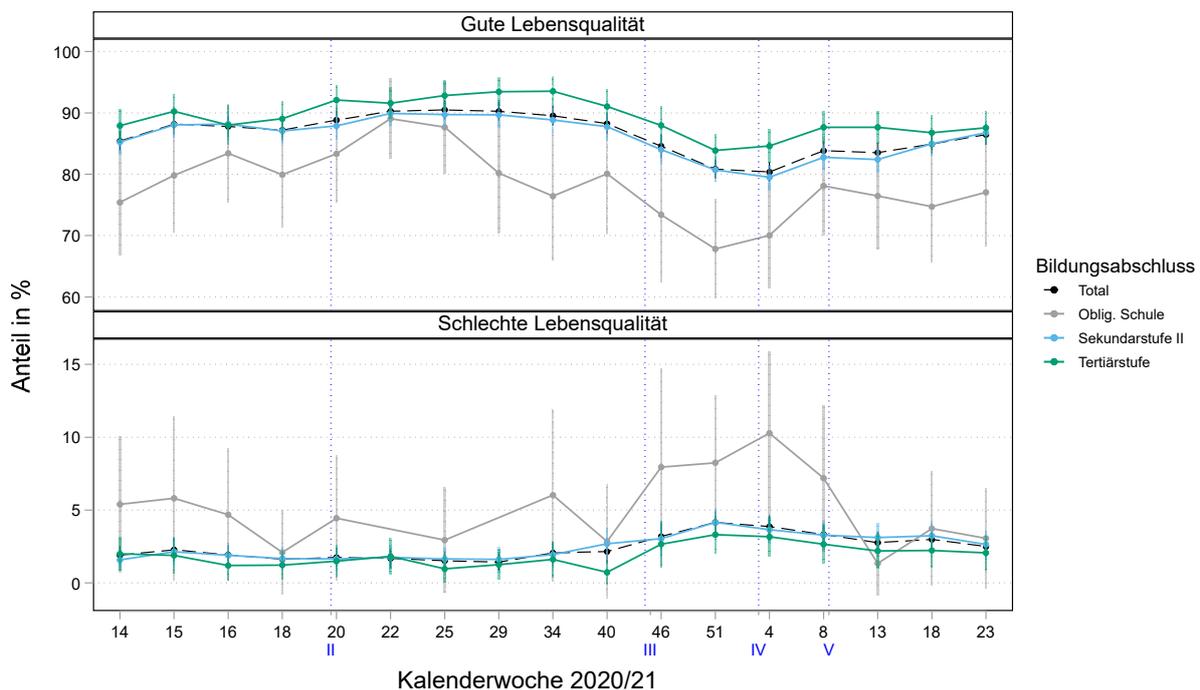


Abbildung 3: Lebensqualität nach Subgruppen – über alle Erhebungswellen hinweg. Die rote gestrichelte Linie entspricht dem Gesamtmittelwert. Adjustiert nach Alter, Geschlecht und Landesregion.

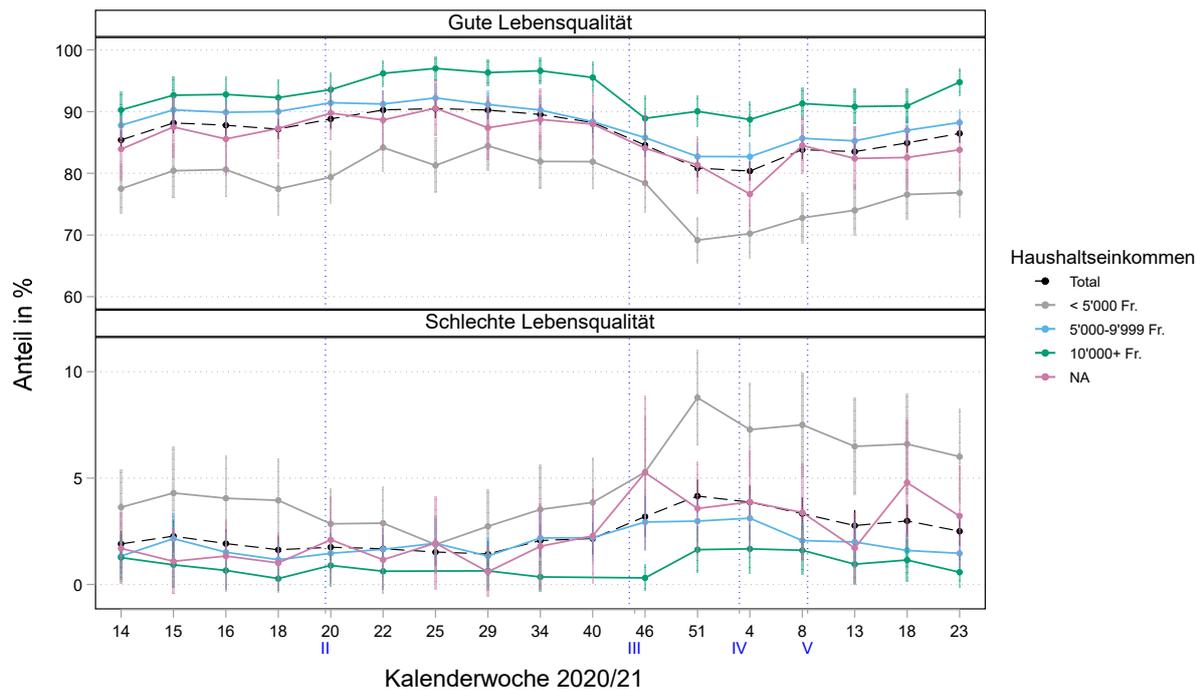
Über den Verlauf der Pandemie hinweg zeigen sich generell sehr ähnliche Verlaufsmuster der Lebensqualität der einzelnen Subgruppen – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau (Abbildung 4; Abbildung 5). Nur vereinzelt lassen sich leicht unterschiedliche Verläufe erkennen. Diese müssen mit Vorsicht und unter Zuhilfenahme der 95%-Konfidenzintervalle interpretiert werden. Die Schätzpräzision für die einzelnen Subgruppen ist teilweise tief, wie die grossen Konfidenzintervalle zeigen, und bei vermeintlich unterschiedlichen Entwicklungen kann es sich auch um Zufallsschwankungen handeln.

Betrachten wir den Verlauf der Lebensqualität nach Bildung und Haushaltseinkommen, zeigt sich in allen Subgruppen ein ähnliches Verlaufsmuster (Abbildung 4; Abbildung 5). Bei Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss lag der Anteil mit guter Lebensqualität aber zu Beginn des ersten Lockdowns, in der Phase der Massnahmenverschärfung sowie im zweiten Lockdown im Vergleich zum jeweiligen Wert der Gesamtbevölkerung deutlich tiefer (bspw. zweiter Lockdown: Personen mit obligatorischem Schulabschluss 70% im Vergleich zum Wert der Gesamtbevölkerung von 80%). Bei Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen lag der Anteil im gesamten Verlauf deutlich unterhalb des Werts der Gesamtbevölkerung. Dennoch zeigen alle Haushaltseinkommensgruppen über die Zeit einen ähnlichen Verlauf.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 4: Lebensqualität nach Bildungsabschluss. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 5: Lebensqualität nach Haushaltseinkommen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Wie hat sich die Lebensqualität der Bevölkerung durch die Pandemie verändert? Explizit danach gefragt, schätzen in den restriktiveren Phasen der Pandemie zwei Fünftel der Befragten ihre Lebensqualität als schlechter ein im Vergleich zu vor der Pandemie (Abbildung 6). Obwohl sich die allgemeine Lebensqualität im gesamten Verlauf der Pandemie auf einem hohen Niveau einpendelte, gaben im ersten Lockdown im Frühling 2020 42% der Befragten und in der Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 40% der Befragten retrospektiv an, im Moment der Befragung im Vergleich zu vor der Corona-Pandemie eine «etwas» oder «viel» schlechtere Lebensqualität zu haben. Für 50% änderte sich die Lebensqualität nicht. Bei der Befragung in der zweiten Lockerungsphase im Juni 2021 hingegen fanden nur noch 20% ihre Lebensqualität etwas oder viel schlechter als vor der Corona-Pandemie. Einige Befragte beurteilten ihre Lebensqualität im Vergleich zu vor der Corona-Pandemie auch als «eher» oder «viel» besser. Im ersten Lockdown waren dies 8% der Befragten, zu Beginn der Phase der Massnahmenverschärfungen 6% und in der zweiten Lockerungsphase 11%.

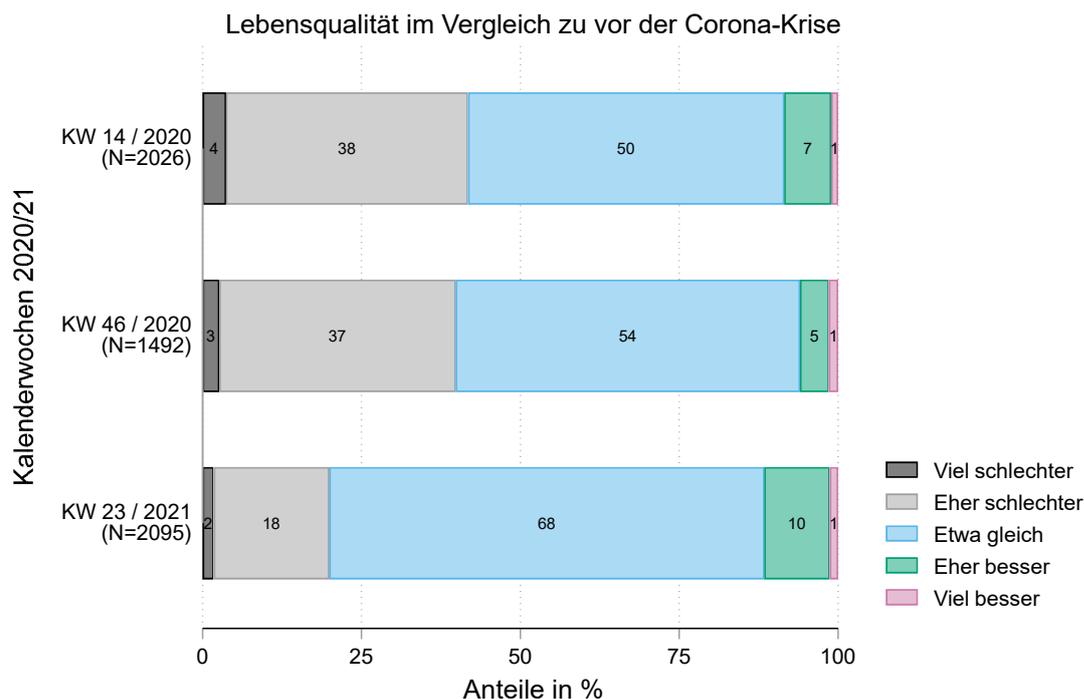


Abbildung 6: Lebensqualität im Vergleich zu vor der Corona-Krise. Zeitpunkte: KW 14/2020 liegt im ersten Lockdown, KW 46/2020 liegt in der Phase der Massnahmenverschärfung und KW 23/2021 liegt in der zweiten Lockerungsphase.

3.4 Fazit

Die Lebensqualität blieb über den gesamten Verlauf der Corona-Pandemie hinweg auf hohem Niveau – lag im ersten Lockdown aber zwischen 7 und 4 Prozentpunkten tiefer als die Vergleichswerte aus der SGB 2017. Dass die Lebensqualität für die Gesamtbevölkerung trotz Corona-Pandemie auf hohem Niveau blieb, geht mit den Ergebnissen anderer Studien zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit in der Schweiz einher (Bundesamt für Statistik, 2020a; Ehrler et al., 2020; Kuhn et al., 2021). Mit den Verschärfungen der Massnahmen im Herbst sank die Lebensqualität etwas und erreichte im zweiten Lockdown einen Tiefpunkt. Seitdem nahm die Lebensqualität wieder kontinuierlich zu, erreichte aber bei der Befragung in der zweiten Lockerungsphase im Juni 2021 noch nicht das Niveau der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020. Obwohl auch während des ersten Lockdowns die Lebensqualität auf hohem Niveau lag, gaben zwei Fünftel der Befragten an, eine schlechtere Lebensqualität zu haben als vor der Corona-Pandemie. Für 8 Prozent lag die Lebensqualität während dem ersten Lockdown sogar höher als vor der Corona-Pandemie. Für die Hälfte der Bevölkerung änderte sich die Lebensqualität nicht. Diese vermeintliche Diskrepanz kann einerseits mit dem unterschiedlichen Fragefokus begründet werden: Der retrospektive Vergleich zu der Zeit vor der Corona-Pandemie setzt die Beurteilung der Lebensqualität direkt in den Kontext der Pandemie, während die allgemeine Lebensqualität als globale Einschätzung

basierend auf selbstgewählten Dimensionen beurteilt werden kann, die subjektiv unterschiedlich gewichtet werden und nicht unbedingt einen direkten Bezug zur Corona-Pandemie haben (Heller et al., 2002; Shin & Johnson, 1978). Zudem werden leichte individuelle Veränderungen auf hohem Niveau (leichte Verschlechterung, aber immer noch hohe Lebensqualität) in den betrachteten Indikatoren nur beschränkt abgebildet.

Generell eine tiefere Lebensqualität zeigte sich für Befragte mit tiefer Schulbildung und tiefem Haushaltseinkommen. Aber auch Alleinlebende, Befragte mit einer NCD und Befragte mit einer psychiatrischen Diagnose hatten im Vergleich zur restlichen Bevölkerung eine deutlich tiefere Lebensqualität. Insbesondere nach den Verschärfungen der Massnahmen im Herbst sank die Lebensqualität der Befragten dieser Gruppen teilweise deutlich und erreichte im zweiten Lockdown einen Tiefpunkt. Inwiefern dies mit der Zunahme der Fallzahlen im Herbst/Winter und den Verschärfungen der Massnahmen zusammenhing, oder ob es sich um ein typisches Muster für die Winterzeit bzw. Jahresendphase handelt, lässt sich nicht abschliessend beurteilen.

4 Psychische Belastung und Gesundheit

4.1 Hintergrund und Forschungsstand

Die psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem Personen ihre Fähigkeiten entfalten und normale Lebensbelastungen bewältigen können (World Health Organization, 2019). Psychische Gesundheit und Krankheit können dabei als Endpunkte auf einem Kontinuum angesehen werden. Kommt es zu einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, kann dies in eine psychische Belastung oder Erkrankung übergehen. Dabei kann Stress eine zentrale Rolle einnehmen. Gemäss dem transaktionalen Stressmodell bestimmen der Auslöser (Stressor) und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten (Ressourcen), ob und wie stark eine Person psychisch belastet ist (Lazarus & Folkman, 1984). Personen, welche über viele Ressourcen verfügen, können Alltagsbelastungen bis hin zu Traumata bewältigen, ohne sich überlastet zu fühlen, während andere Personen mit wenig Ressourcen bereits durch Alltagsereignisse eine psychische Belastung erfahren (Ehlert, 2020). Zu beachten gilt, dass nicht jede psychische Belastung zu einer Erkrankung (psychisch oder physisch) führt. Eine tiefe bis moderate Belastung kann kurzzeitig sogar stimulierend und gesundheitsfördernd wirken. Hohe, lang andauernden Belastungen, welchen mit mangelhaften Bewältigungsmöglichkeiten begegnet wird, erhöhen hingegen das Risiko für eine Erkrankung (Nater et al., 2020; Sapolsky, 2015).

Der Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit wird in der Schweiz durch verschiedene Befragungen und methodische Ansätze evaluiert. Studien wie beispielsweise das Schweizer Haushaltspanel (SHP), welche über Referenzwerte vor der Pandemie verfügen, zeigen, dass das durchschnittliche Stressempfinden in der Pandemie nicht zugenommen hat (Kuhn et al., 2021; Refle & Voorpostel, 2020; Stocker et al., 2021). Erste Datenauswertungen zur Suizidalität geben Hinweise, dass Suizide und Suizidversuche im Vergleich zum Vorjahr nicht zugenommen haben (Stocker et al., 2021).

Zu einem anderen Befund gelangt der SRG Corona-Monitor: Gemäss diesem verschlechterte sich der Gemütszustand der Bevölkerung durch restriktive Massnahmen (bspw. Lockdown), jedoch zeigt sich im darauffolgenden Zeitverlauf wieder eine Verbesserung (Bosshard et al., 2021; Bühler et al., 2021). Im Rahmen der Swiss Corona Stress Study berichteten die Befragten während der Pandemie über eine Zunahme des Stressempfindens und depressiver Symptome im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie (retrospektive Beurteilung) (de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Freytag et al., 2020; de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Gerhards et al., 2020). In den beiden letztgenannten Studien wurde mit dem Andauern der Pandemie eine tendenziell stärkere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit festgestellt. Dabei gilt es zu beachten, dass sich die Studien oft auf unterschiedliche Zeiträume und Phasen der Pandemie beziehen, die Populationen teilweise nicht vergleichbar sind oder Stichproben nicht auf Zufallsziehungen basieren und stark selektiv sind.

Die Studie von Stocker et al. (2021) zeigt im Forschungsüberblick, dass sich die Erkenntnisse für die Allgemeinbevölkerung von denjenigen für Subgruppen unterscheiden. Eine bereits bestehende Vulnerabilität bei Personen mit tieferem sozioökonomischem Status, sozialer Isolation, Einsamkeit, psychischen Vorerkrankungen oder einer hohen Arbeitsbelastung ging einher mit einer stärkeren Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (Kuhn et al., 2021; Stocker et al., 2021). Zudem berichten sowohl Jugendliche und junge Erwachsene als auch Frauen über eine stärkere Beeinträchtigung (Bosshard et al., 2021; Craviolini et al. 2021; de Quervain et al. 2020; Kessler & Guggenbühl 2021). Die Erkenntnisse weisen ebenfalls darauf hin, dass die psychische Belastung für erwerbslose Personen und für Arbeitnehmende aus Branchen, welche von den Corona-Massnahmen stark betroffen waren, stärker ausgeprägt war (de Quervain et al. 2020; Stocker et al., 2021).

Die Erkenntnisse aus der Schweiz sind weitestgehend im Einklang mit internationalen Studien aus anderen westlichen Ländern. Beispielsweise zeigen Erhebungen aus den USA, dem Vereinigten Königreich und Deutschland, dass die psychische Gesundheit im Frühjahr 2020 (Lockdownphasen) schlechter war im Vergleich zu Vorjahren (Hamilton & Coates, 2020; Jung et al., 2020; McGinty et al., 2020). Eine repräsentative Studie aus den USA zeigt jedoch auch auf, dass auf die Zunahme der psychischen Belastung im Frühjahr 2020 eine Abnahme und Stabilisierung folgte (Daly & Robinson, 2021). Ebenfalls sind die gefundenen Risikofaktoren für eine erhöhte Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit identisch (u.a. sozioökonomischer Status, jüngere Personen, Frauen oder psychische Vorerkrankungen) (Campion et al., 2020; Daly & Robinson, 2021; Holmes et al., 2020; Jung et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020). Zu beachten ist jedoch, dass es erst wenige Studien zur Lage in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen gibt. Ein Übersichtsartikel zeigt, dass die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit in afrikanischen und asiatischen Ländern hoch ist (Kar et al., 2020). Daten aus verschiedenen Ländern (bspw. Indien, Südkorea, Bangladesch) weisen darauf hin, dass die Corona-Pandemie zu mehr Suizidversuchen und Suiziden führte (Jäggi, 2021; Kar et al., 2020).

4.2 Indikatoren

Die psychische Gesundheit bzw. die psychische Belastung wird im Covid-19 Social Monitor anhand von vier Fragen erfasst (Tabelle 5). Das Item zum Stressempfinden wurde aus dem Fragekatalog des Schweizer Haushaltspanels übernommen. Die Indikatoren «Erhöhte psychische Belastung» und «Stark erhöhte psychische Belastung» basieren auf dem Mental Health Inventory (MHI-5³), das Bestandteil des SF-36 Fragebogens ist und in der SGB verwendet wird (Bundesamt für Statistik, 2020b). Die Cut-Off-Werte für erhöhte bzw. stark erhöhte psychische Belastung orientieren sich am Index zur psychischen Belastung der SGB (Bundesamt für Statistik, 2020c). Dabei gilt zu beachten, dass der Indikator «Erhöhte

³ Der Score des MHI-5 bewegt sich zwischen 0 und 100 Punkten. Je tiefer der Score, desto höher ist die psychische Belastung.

psychische Belastung⁴» auf eine nachweisbare klinische psychische Störung hinweist, während die «Stark erhöhte psychische Belastung⁵» auf eine hochgradig klinisch bedeutsame psychische Störung hinweist. Der Indikator «Depressive Störungen» beruht auf zwei Fragen des Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) (Löwe et al., 2010). Alle vier Indikatoren eignen sich zur Beurteilung der psychischen Gesundheit in Bevölkerungsumfragen, eine Diagnosestellung ist mit allen drei Befragungsinstrumenten aber nicht möglich.

Tabelle 5: Indikatoren zur Messung der psychischen Gesundheit

Indikator	Fragelaut/Antwortmöglichkeiten
Häufig Stress empfunden	Wie oft haben Sie Stress empfunden während der letzten 7 Tage? <i>Häufig/Sehr oft vs. (Nie/Selten/Manchmal)</i>
Erhöhte psychische Belastung Stark erhöhte psychische Belastung	Wie haben Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt? Sehr nervös So niedergeschlagen oder verstimmt, dass Sie nichts hat aufmuntern können Ruhig, ausgeglichen und gelassen Entmutigt und deprimiert Glücklich <i>Immer/Meistens/Manchmal/Selten/Nie</i>
Depressive Störungen	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit <i>Überhaupt nicht/An einzelnen Tagen/An mehr als der Hälfte der Tage/Beinahe jeden Tag</i>

4.3 Verlauf der psychischen Gesundheit insgesamt und nach Subgruppen

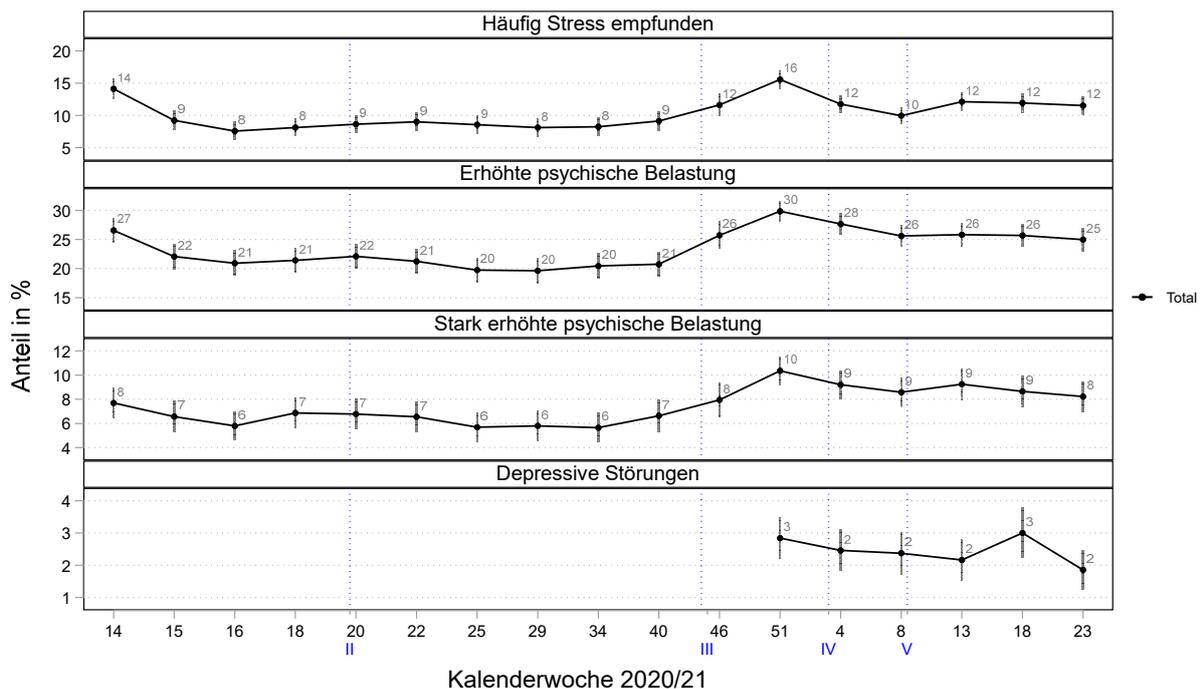
Die psychische Gesundheit der Gesamtbevölkerung hat sich im Verlauf der Pandemie wenig verändert, wobei die Verläufe des Stressempfindens und der psychischen Belastung sehr ähnlich sind (Abbildung 7). Während des ersten Lockdowns und den Massnahmenverschärfungen Ende 2020 berichteten prozentual mehr Befragte als im Durchschnitt über die gesamte Beobachtungsperiode über ein häufiges Stressempfinden und eine höhere psychische Belastung. Der Anstieg fiel im Dezember 2020 tendenziell höher aus als in den anderen Phasen der Pandemie. Rund 16% der Befragten waren im Dezember 2020 häufig oder sehr häufig gestresst. 30% berichteten über eine moderate oder hohe psychische Belastung,

⁴ Die «erhöhte psychische Belastung» entspricht einem MHI-5 Score zwischen 0 und 72 Punkten.

⁵ Die «Stark erhöhte psychische Belastung» entspricht einem MHI-5 Score zwischen 0 und 52 Punkten.

10% von einer starken psychischen Belastung. Diese Prävalenz ist im Vergleich zu den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 (15% moderate oder hohe psychische Belastung) etwas höher. Werden jedoch weitere Ergebnisse aus Vorjahren (2007 berichteten 17%, 2012 18% der befragten Personen über eine moderate oder hohe psychische Belastung) mitberücksichtigt, fällt dieser Effekt etwas geringer aus (Schuler et al., 2020). Der Zeitverlauf der Indikatoren zum Stressempfinden und der psychischen Belastungen zeigt auch auf, dass die Werte jeweils in den Lockerungsphasen zurückgehen und sich stabilisieren.

Seit Dezember 2020 wurden bei den Befragten zusätzlich klinisch relevante Symptome einer depressiven Erkrankung erfasst. Obwohl eine stark erhöhte psychische Belastung ein Indikator für eine psychische Erkrankung sein kann, zeigen die Daten, dass die Prävalenz von depressiven Symptomen deutlich tiefer lag, als die erhöhte psychische Belastung vermuten liess. Seit Erhebungsbeginn im Dezember 2020 berichteten konstant 2% bis 3% der Befragten über depressive Symptome, was einem Wert entspricht, wie er auch in früheren Studien gefunden wurde (Baer et al., 2013). Zusammenfassend lässt sich keine breite Zunahme depressiver Störungen während der Pandemie feststellen.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 7: Psychische Gesundheit im Verlauf der Covid-19-Pandemie. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Einhergehend mit bisherigen Studien (Stocker et al., 2021) unterscheidet sich die psychische Gesundheit der Befragten zwischen Subgruppen. Abbildung 8 und 9 zeigen die psychische Gesundheit anhand der vier Indikatoren nach ausgewählten Subgruppen über alle

Erhebungswellen hinweg. Die Abbildungen zeigen neben den unadjustierten auch adjustierte Schätzungen, bei denen um Alter, Geschlecht und Wohnregion kontrolliert wird. Im Text berichten wir primär die unadjustierten Werte und gehen nur bei grösseren Abweichungen auf die adjustierten Werte ein.

Bei allen vier Indikatoren zeigte sich bei jüngeren Personen (18- bis 29-Jährige) eine tendenziell höhere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als bei älteren Personen (60- bis 79-Jährige). Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen (< 5'000 Fr.), Personen, welche im Ausland geboren wurden, und Personen mit einer bestehenden psychiatrischen Diagnose berichteten bei mindestens drei der vier Indikatoren eine tiefere psychische Gesundheit im Vergleich zu den Werten der restlichen Bevölkerung.

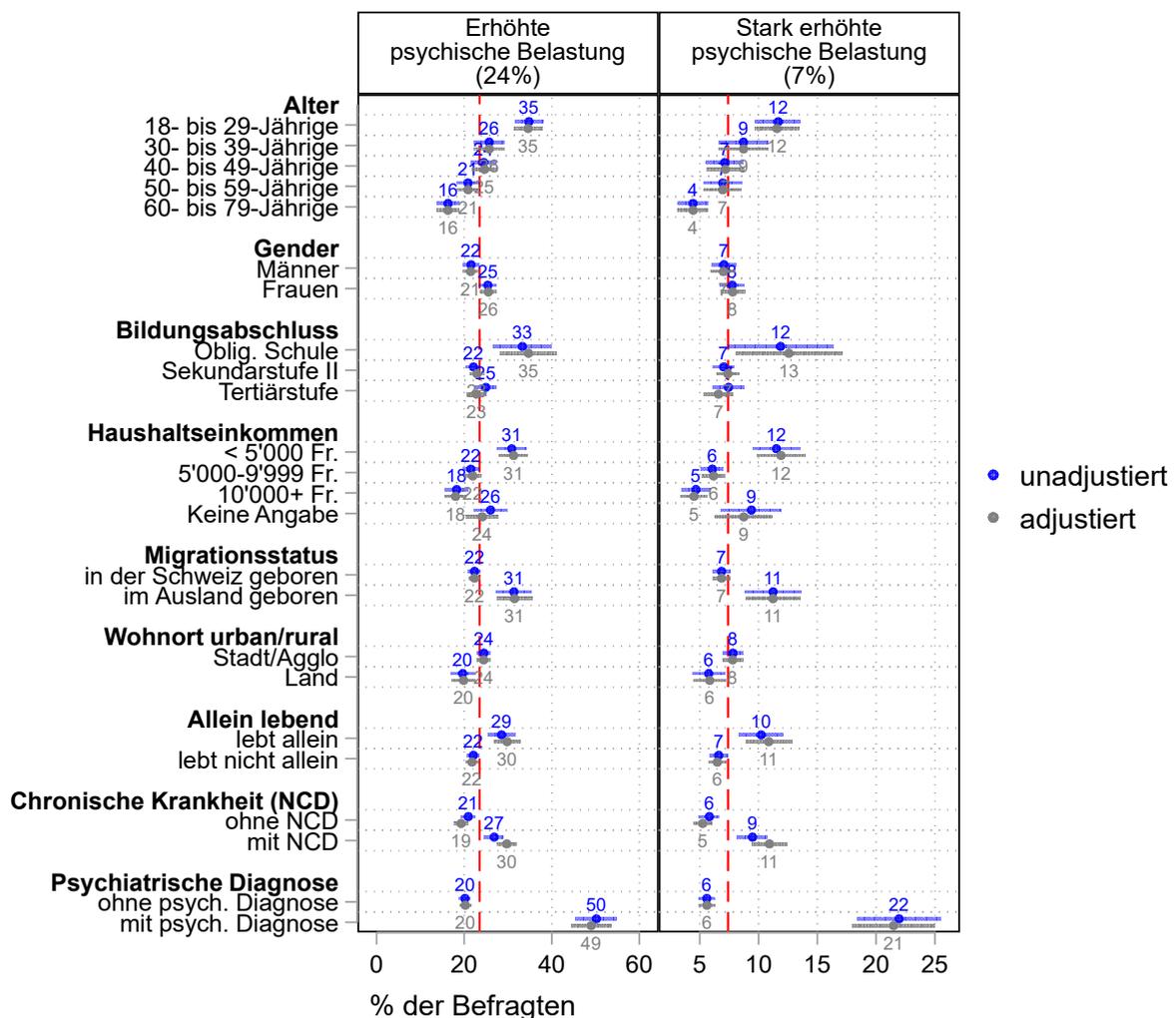


Abbildung 8. Psychische Belastung nach Subgruppen – über alle Erhebungswellen hinweg. Die rote gestrichelte Linie entspricht dem Anteil über alle Erhebungswellen. Adjustiert nach Alter, Geschlecht und Landesregion.

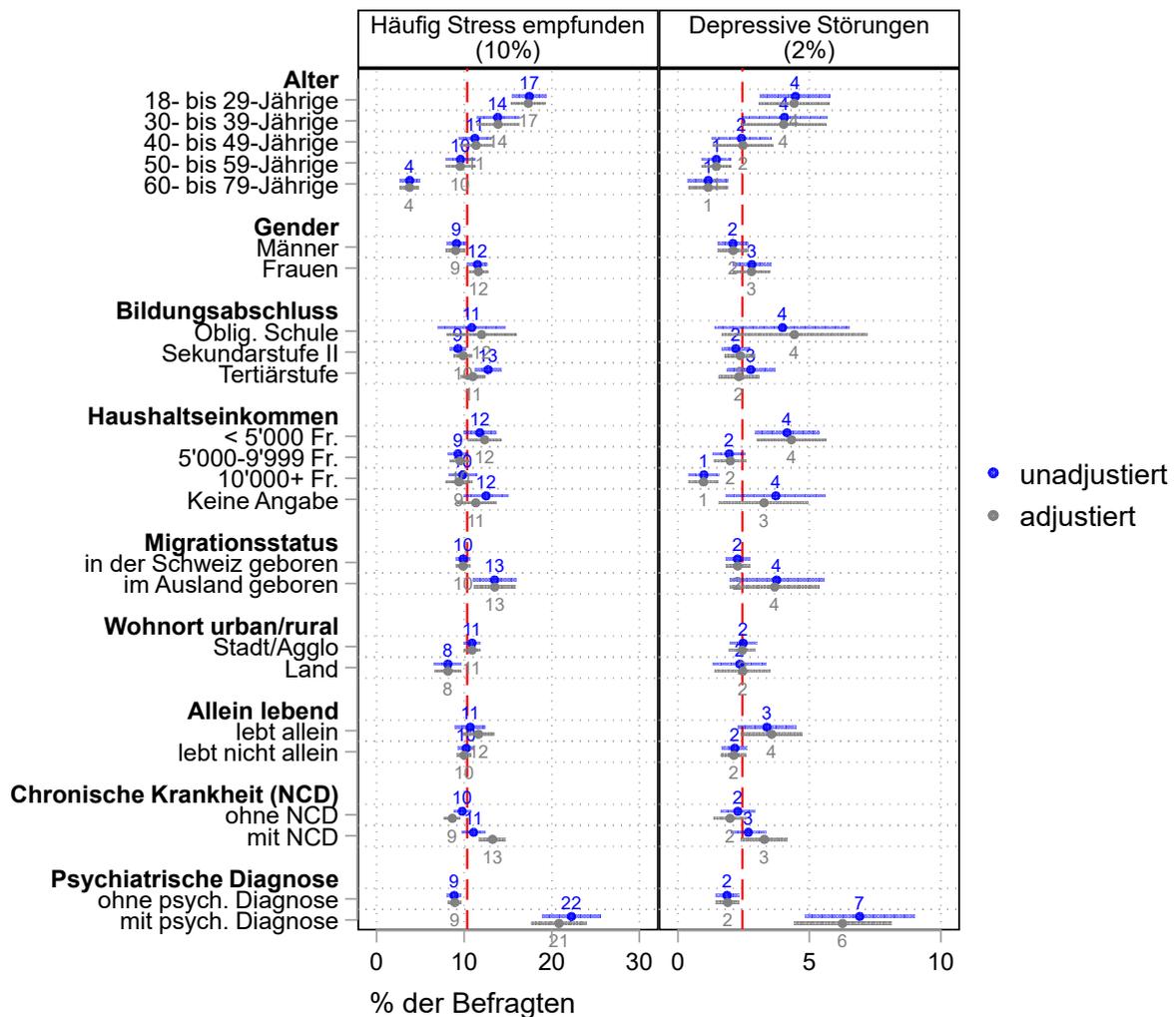


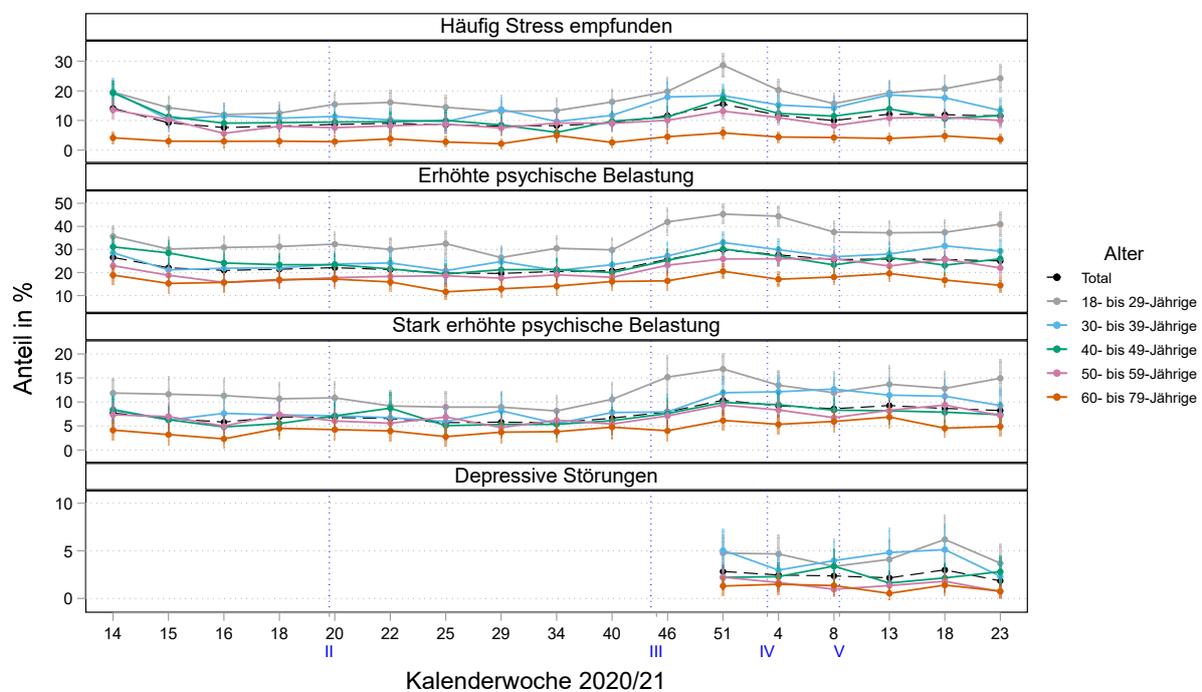
Abbildung 9. Stressempfinden und depressive Störungen – über alle Erhebungswellen hinweg. Die rote gestrichelte Linie entspricht dem Anteil über alle Erhebungswellen. Adjustiert nach Alter, Geschlecht und Landesregion.

Über den Erhebungszeitraum hinweg zeigen sich ähnliche Verlaufsmuster innerhalb der einzelnen Subgruppen – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. Vereinzelt lassen sich leicht unterschiedliche Verläufe erkennen. Diese müssen mit Vorsicht und unter Zuhilfenahme der 95%-Konfidenzintervalle interpretiert werden, da die Schätzpräzision für die einzelnen Subgruppen teilweise tief ist und es sich bei vermeintlich unterschiedlichen Entwicklungen um Zufallsschwankungen handeln kann.

Im Zeitverlauf zeigten sich für jüngere Personen (18- bis 29-Jährige) durchgehend ein tendenziell höheres Stressempfinden, höhere psychische Belastungen und depressive Störungen als bei älteren Personen (60- bis 79-Jährige) (Abbildung 10). Ebenso wiesen die Verläufe innerhalb der vier Indikatoren tendenziell stärkere Schwankungen bei jüngeren (18- bis 29-Jährige), verglichen mit älteren Personen (60- bis 79-Jährige), auf. Auch zeigte sich, dass Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen tendenziell häufiger über eine höhere psychische Belastung und depressive Störungen berichteten als Personen mit hohem Haushaltseinkommen (Abbildung 11). Das Stressempfinden hingegen wies im Zeitverlauf

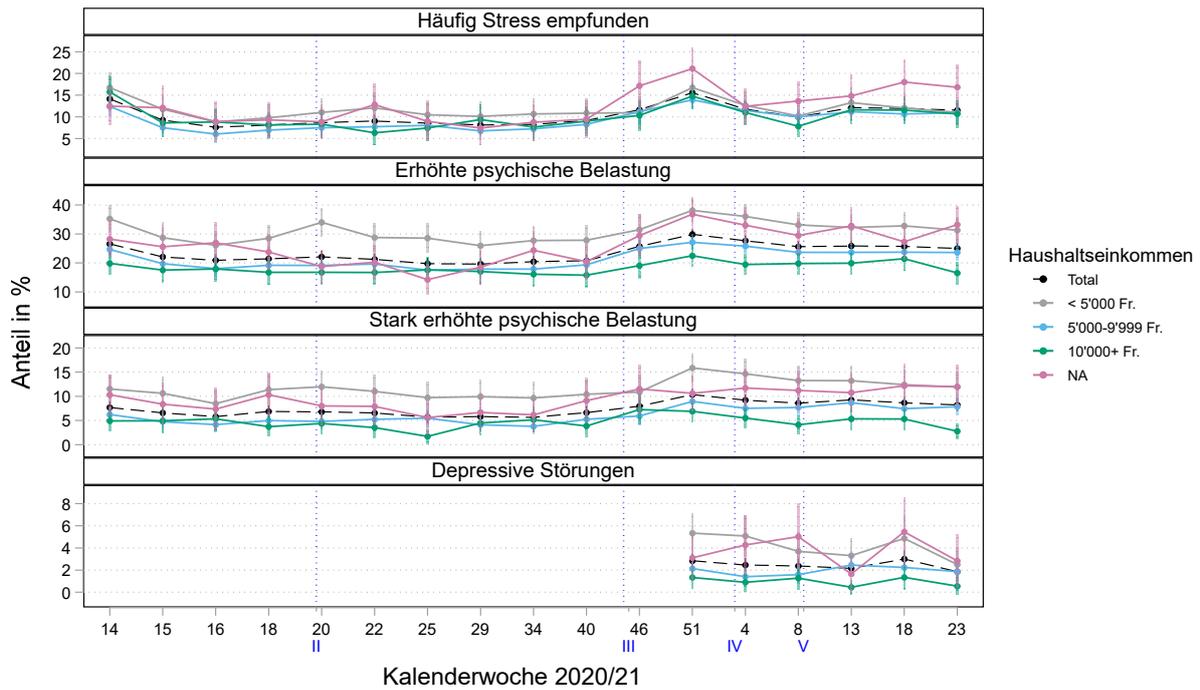
tendenziell geringere Unterschiede zwischen den beiden oben genannten Haushaltseinkommen auf.

Die oben stehenden Abbildungen 8 und 9 zeigen, gesamthaft grosse Differenzen in der psychischen Gesundheit zwischen Personen mit und ohne psychiatrische Diagnose. Betrachten wir den Verlauf der psychischen Gesundheit nach dem Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose, so zeigt sich für die verschiedenen Subgruppen ein ähnliches Verlaufsmuster, jedoch auf unterschiedlichem Niveau (Abbildung 12). Personen mit einer psychiatrischen Diagnose berichten in allen Phasen der Pandemie häufiger über eine hohes Stressempfinden und eine hohe psychische Belastung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Beispielsweise berichten im Dezember 2020 60% der Befragten mit einer bestehenden oder aktuellen psychiatrischen Diagnose über eine erhöhte psychische Belastung. Im Vergleich dazu berichten 26% ohne psychiatrische Diagnose über eine erhöhte psychische Belastung.



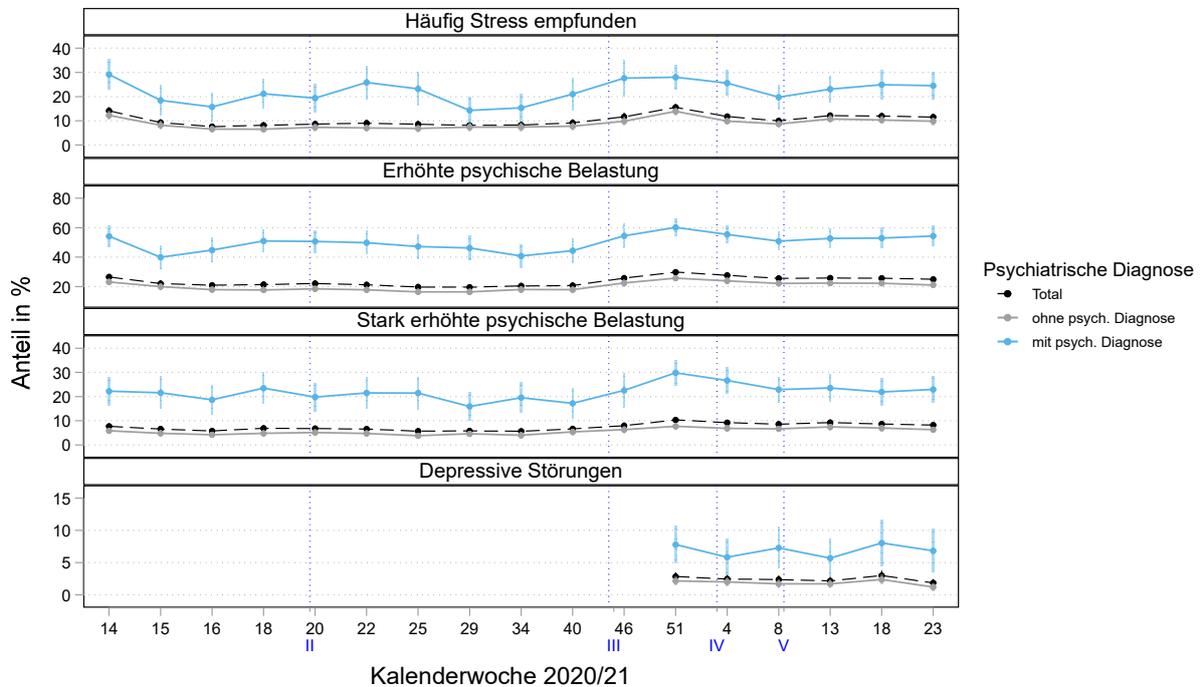
I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 10: Psychische Gesundheit nach Altersgruppen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 11: Psychische Gesundheit nach Haushaltseinkommen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 12: Psychische Gesundheit nach psychiatrischer Diagnose. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

4.4 Fazit

Die Indikatoren zur psychischen Gesundheit zeigen für den Beginn der Corona-Pandemie, zwischen Frühjahr 2020 und Sommer 2020, nur leichte Veränderungen für die Gesamtbevölkerung. Das Stressempfinden und auch die psychische Belastung waren im Frühlings-Lockdowns 2020 und dann wieder während den verschärften Massnahmen im Herbst 2020 etwas erhöht und verharrten daraufhin auf einem, im Vergleich zum Frühjahr/Sommer 2020, leicht schlechteren Niveau bis Juni 2021. Dies bestärkt Annahmen, dass die Pandemie und/oder die Massnahmen zu einem Anstieg von Stress und psychischer Belastung in der Bevölkerung führten (Schuler et al., 2020). Sowohl das Stressempfinden wie auch die psychische Belastung sanken in den Lockerungsphasen im Sommer 2020 und im Frühjahr 2021 wieder. Dies entspricht anderen Studien, welche kurzfristige Änderungen der psychischen Gesundheit, jedoch auch wieder eine schnelle Erholung feststellten (Bosshard et al., 2021; Bühler et al., 2021). Referenzwerte zur psychischen Gesundheit, welche vor der Pandemie erhoben wurden (bspw. SGB), zeigen tendenziell etwas tiefere Werte als unsere Daten, unterliegen aber auch teilweise bedeutsamen jährlichen Schwankungen. Die Pandemie und die daraus resultierenden Massnahmen wurden durchaus als Stressor wahrgenommen. Die Verläufe der Indikatoren und der Vergleich mit Referenzwerten aus früheren Studien deuten jedoch darauf hin, dass sich die Auswirkungen eher im Stressempfinden als in klinisch relevanten Symptomen zeigten.

Innerhalb der Subgruppen ging eine stärkere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit mit dem Vorhandensein von bekannten Vulnerabilitätsfaktoren einher. Die psychische Gesundheit war bei Jüngeren, bei Personen mit tieferem Bildungsabschluss und tieferem Haushaltseinkommen, bei Personen mit Migrationserfahrung und bei Personen mit ehemaliger oder aktueller psychiatrischer Diagnose tendenziell stärker beeinträchtigt. Dies korrespondiert mit bestehenden Forschungserkenntnissen (Bosshard et al., 2021; Bühler et al., 2021; de Quervain et al., 2020; de Quervain et al., 2020; Kuhn et al., 2021; Stocker et al., 2021). Besonders hohe Prävalenzwerte wiesen dabei Personen mit bestehender psychiatrischer Diagnose auf. Gemäss dem transaktionalen Stressmodell können geringere Bewältigungsmöglichkeiten eine Erklärung dafür sein (Lazarus & Folkman, 1984). Waren die Ressourcen bereits vor der Corona-Pandemie geringer, so gelingt die Konfrontation mit einem weiteren Stressor verhältnismässig schlechter. Diese Annahme wird beispielsweise gestützt durch die Betrachtung des Stressempfindens von Befragten mit und ohne Kinder im Haushalt (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>). Im Frühjahr 2020 berichteten Personen mit Kindern im Haushalt über ein höheres Stressempfinden als solche ohne Kinder. Ein potenzieller Grund dafür waren die Schulschliessungen und das damit einhergehende Homeschooling sowie der Wegfall der Betreuungsmöglichkeiten. Noch vor der Wiederöffnung der Schulen sank das Stressempfinden wieder ab und war wieder vergleichbar mit demjenigen von Personen ohne Kinder.

Inwiefern die Ergebnisse zur psychischen Befindlichkeit mit anderen Faktoren, wie den saisonalen Schwankungen innerhalb der psychischen Gesundheit zusammenhängen, kann

nicht abschliessend beantwortet werden. So könnten beispielsweise die jährlich auftretenden Winterdepressionen eine weitere Erklärung für die stärkere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit im Winter 2020 darstellen (Kasper & Möller, 2004).

5 Einsamkeit

5.1 Hintergrund und Forschungsstand

Einsamkeit wird in der Fachliteratur oft als subjektive Einschätzung, sich einsam zu fühlen, verstanden (z.B. Holt-Lunstad et al., 2015). Sie bildet die Unzufriedenheit mit der Diskrepanz zwischen den gewünschten und den eigentlichen sozialen Beziehungen ab. 2012 gaben in der Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) 4.4% der gesamten Bevölkerung an, dass sie sich ziemlich häufig oder sehr häufig einsam fühlten (Hämmig, 2019). Dieser Prozentsatz variiert nach Altersgruppe und ist bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15- bis 24-Jährige) am tiefsten (3.6%), gefolgt von den 25- bis 44-Jährigen (4.3%), den 45- bis 64-Jährigen (4.6%) und den über 65-Jährigen mit 4.7%.

Einsamkeit wird mit diversen negativen Folgen für die Gesundheit in Verbindung gebracht: z.B. mit erhöhter Sterblichkeit, koronaren Herzkrankheiten, Schlaganfall, Depressionen, Demenz und verfrühten Heimeintritten (Hanratty et al., 2018; Holt-Lunstad et al., 2015; Lambert Van As et al., 2021; Lara et al., 2019; Valtorta et al., 2016). Diese Zusammenhänge sind v.a. bei den über 65-Jährigen gut untersucht. Bei der Depression gibt es zudem mehrere Studien, die auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen starke Assoziationen mit Einsamkeit zeigten (Hämmig, 2019; Loades et al., 2020).

In Bezug auf die COVID-19 Pandemie sind mehrere Studien der Frage nachgegangen, ob die Massnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie mit erhöhter Einsamkeit einhergehen. Diese Studien sind meist auf ältere Personen beschränkt. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass Einsamkeit während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie zunahm, auch wenn die Veränderungen in einigen Studien gering waren (Kotwal et al., 2021; Macdonald & Hülür, 2021; Seifert & Hassler, 2020; Tomaz et al., 2021). Frauen, Alleinlebende und Personen mit geringerem Einkommen fühlten sich während der Pandemie einsamer als ihre Altersgenossen (Bu et al., 2020; Savage et al., 2021; Seifert & Hassler, 2020). Ein grösseres soziales Netzwerk, mehr soziale Kontakte, eine besser wahrgenommene soziale Unterstützung oder grössere Zufriedenheit mit der Kommunikation waren schützende Faktoren (Macdonald & Hülür, 2021; Tomaz et al., 2021).

5.2 Indikatoren

In der vorliegenden Studie basiert der verwendete Indikator auf einer direkten Frage zur Einsamkeit, welche auch in der SGB verwendet wird (Tabelle 6). Anstelle der dort verwendeten 4-stufigen Antwortskala (nie, manchmal, ziemlich häufig, sehr häufig) wird im Covid-19 Social Monitor eine 5-stufige Antwortskala benutzt, um die Konsistenz mit anderen Antwortskalen in der Befragung zu gewährleisten.

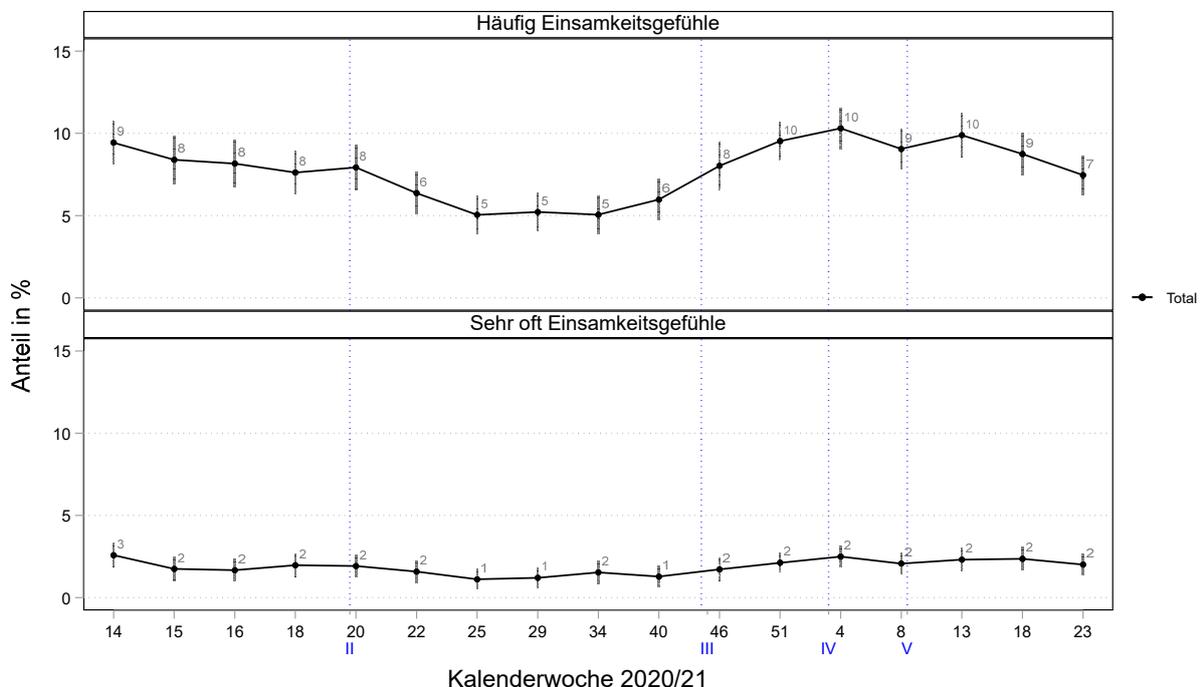
Tabelle 6: Verwendeter Indikator zur Messung der Einsamkeit

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorisierung
Häufig Einsamkeitsgefühle	Wie häufig kommt es momentan vor, dass Sie sich einsam fühlen? Sehr oft/Häufig vs. (Manchmal/Selten/Nie)
Sehr oft Einsamkeitsgefühle	Nie/Selten vs. (Sehr oft/Häufig/Manchmal)

Der Covid-19 Social Monitor wurde zu Beginn der Covid-19-Pandemie implementiert, weshalb für die befragte Population keine direkten Vergleichswerte für die Zeit vor der Pandemie zur Verfügung stehen. Mit den entsprechenden Einschränkungen können die Werte allerdings mit den Daten aus der SBG verglichen werden.

5.3 Verlauf der Einsamkeit insgesamt und nach Subgruppen

Der Anteil an Personen, die sich im Verlauf der Pandemie häufig einsam fühlten, variierte zwischen 5% und 10% (Abbildung 13). Im ersten Lockdown lag dieser Anteil zu Beginn bei 9% und fiel dann ganz leicht auf 8%. In der ersten Lockerungsphase sank der Wert dann weiter bis auf 5% und stieg im Herbst, besonders nach der Verschärfung der Massnahmen, wieder auf 10% an. Im Winter blieb der Wert hoch (9–10%) und sank erst bei der letzten Erhebung in der zweiten Lockerungsphase im Juni 2021 wieder auf 7% ab. Der Anteil Befragter mit «sehr häufigen» Einsamkeitsgefühlen lag über die gesamte Befragungsperiode auf einem tiefen Niveau von 1% bis 3% (Abbildung 13).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 13: Häufige und sehr häufige Einsamkeitsgefühle im Verlauf der Covid-19-Pandemie. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Während der Pandemie waren einige Subgruppen stärker von häufigen Einsamkeitsgefühlen betroffen als andere (Abbildung 14). In Abbildung 12 sind sowohl unadjustierte Schätzungen wie auch adjustierte Schätzungen, bei denen um Alter, Geschlecht und Wohnregion kontrolliert wurde, ausgewiesen. Im Text berichten wir primär die unadjustierten Werte und gehen nur bei grösseren Abweichungen auf die adjustierten Werte ein.

Entgegen den Erwartungen waren nicht die Seniorinnen und Senioren (60- bis 79-Jährige), sondern die jungen Erwachsenen (18- bis 29-Jährige) am stärksten von Einsamkeitsgefühlen betroffen (Abbildung 14). Weiter waren Personen mit tiefem Einkommen (<5'000 Fr.), Personen mit Migrationserfahrung und Alleinlebende häufiger von Einsamkeitsgefühlen betroffen. Insbesondere Personen mit einer psychiatrischen Diagnose (irgendwann im Leben) fühlten sich häufig oder sehr oft einsam. Bei Personen ohne eine solche Diagnose lag der Anteil deutlich tiefer. Kein Unterschied fand sich in Bezug auf das Geschlecht oder den Wohnort (ländlich versus Stadt/Agglomeration).

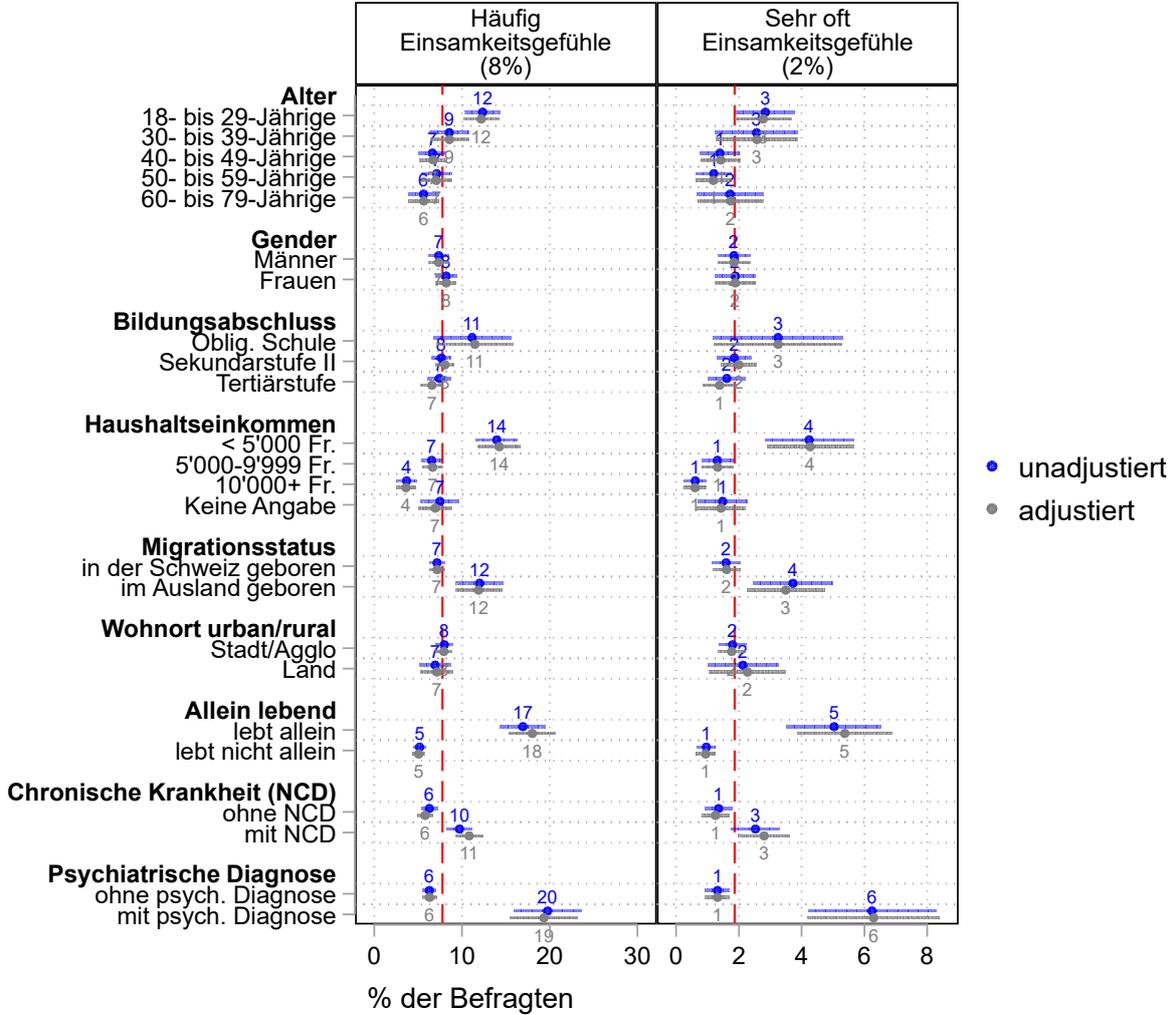
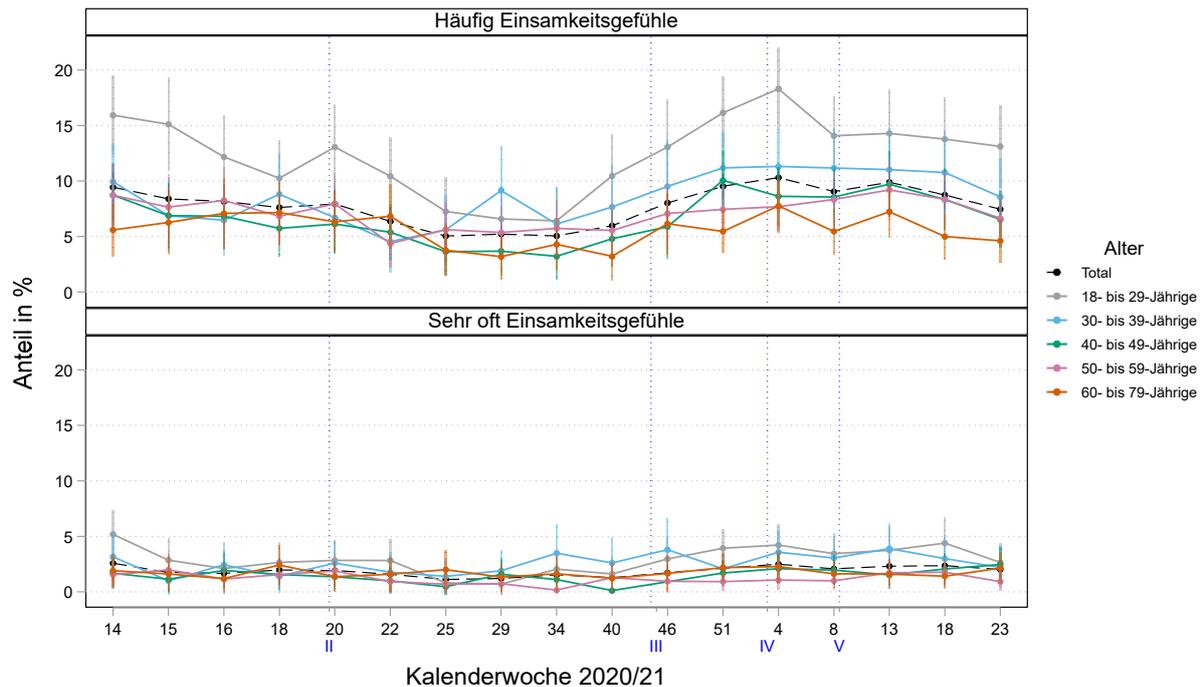


Abbildung 14: Einsamkeit nach Subgruppen – über alle Erhebungswellen hinweg. Die rote gestrichelte Linie entspricht dem Anteil über alle Erhebungswellen. Adjustiert nach Alter, Geschlecht und Landesregion.

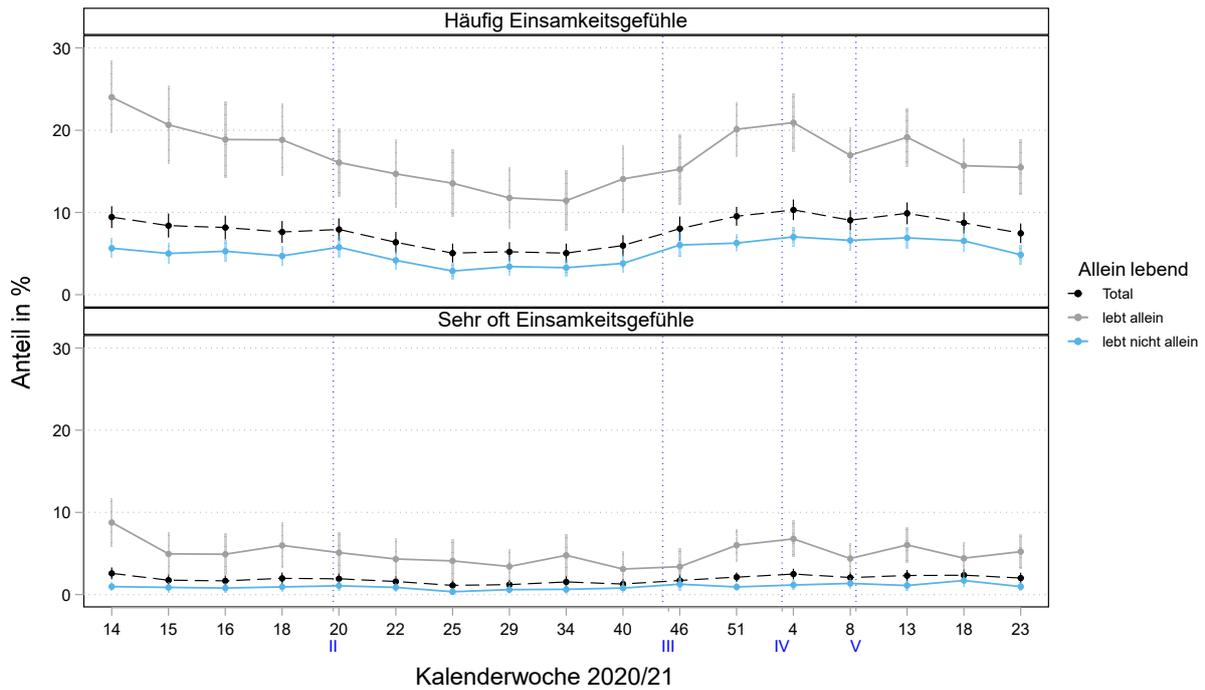
Auch über die Zeit zeigt sich, dass junge Erwachsene tendenziell stärker von Einsamkeit betroffen waren als die anderen Altersgruppen (Abbildung 15). Dies gilt jedoch v.a. für die Zeit des ersten Lockdowns im Frühling 2020 und den Höhepunkt des zweiten Lockdowns im Winter 2021. Dieser Befund ist interessant, weil sich die älteste Bevölkerungsgruppe im ersten Lockdown besonders stark in ihren sozialen Kontakten einschränkte und z.B. 6% innerhalb der vergangenen sieben Tage nicht das Haus verliessen (im Gegensatz zu 2% der Gesamtbevölkerung) (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

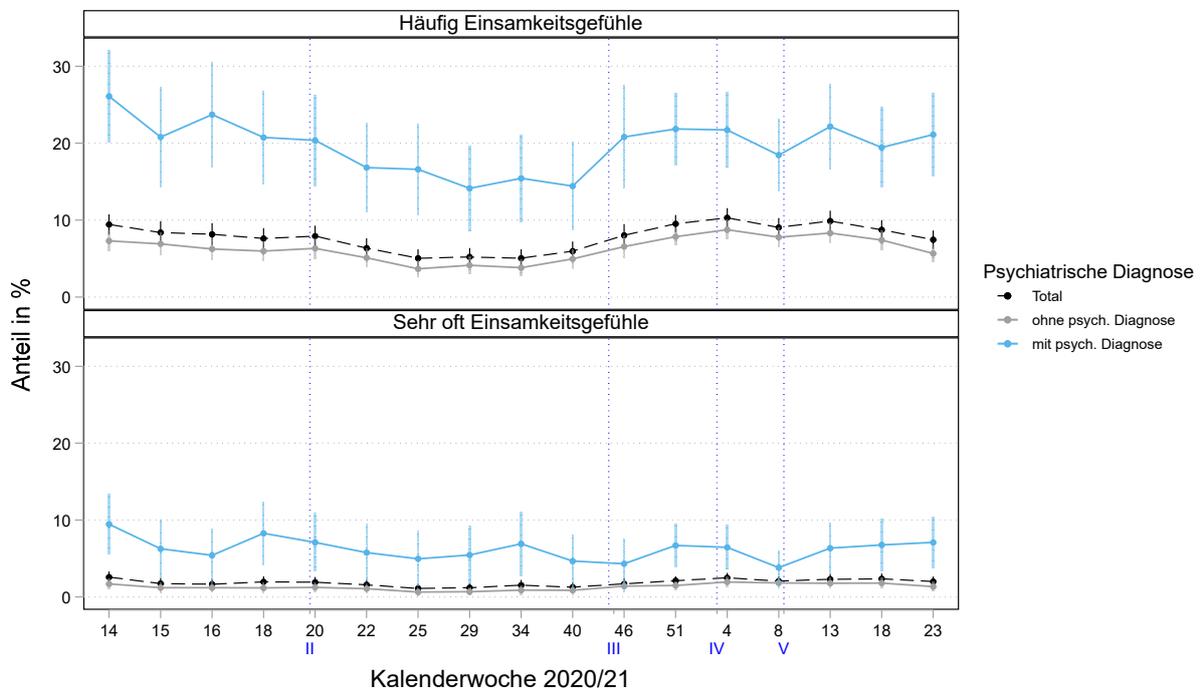
Abbildung 15: Einsamkeit nach Alter. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Für Alleinlebende zeigt sich für «häufig Einsamkeitsgefühle» generell ein höheres Niveau im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (bspw. erster Messwert im ersten Lockdown: Alleinlebende häufig: 24%, Gesamtbevölkerung häufig: 9%, Abbildung 16). Die Werte konvergierten etwas im Sommer 2020. Auch bei Personen mit psychiatrischer Diagnose ist der Verlauf der Einsamkeit über die Zeit auf einem höheren Niveau im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Abbildung 17).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 16: Einsamkeit nach alleinlebend/nicht alleinlebend. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 17: Einsamkeit nach psychiatrischer Diagnose. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

5.4 Fazit

Unsere Analysen zeigen, dass sich während der Phasen mit starken Einschränkungen in Bezug auf Mobilität und soziale Kontakte deutlich mehr Leute einsam fühlten als in der Lockerungsphase im Sommer 2020. Im Vergleich zu den Daten der SGB (Hämmig, 2019), wonach sich 4% der Schweizerinnen und Schweizer ziemlich häufig oder sehr häufig einsam fühlten, finden wir während der Covid-19-Pandemie deutlich höhere Werte von bis zu 10%, die sich häufig oder sehr oft einsam fühlten. Obwohl die Daten der SGB mit unseren nicht eins zu eins vergleichbar sind (leicht andere Antwort-Kategorien, unterschiedliche Stichproben) und der Einfluss saisonaler Effekte nicht ausgeschlossen werden kann, sind die Unterschiede so deutlich, dass durchaus von einer Zunahme der Einsamkeit gesprochen werden kann.

Unsere Resultate bestätigen damit andere Befunde aus der Literatur, die für die erste Lockdownphase eine Zunahme der Einsamkeit feststellt (Kotwal et al., 2021; Macdonald & Hülür, 2021; Seifert & Hassler, 2020; Tomaz et al., 2021). Nur vereinzelte Studien konnten keinen solchen Anstieg nachweisen (Luchetti et al., 2020).

Die von uns gefundenen Effekte in Bezug auf Einsamkeit betreffen – entgegen der weit verbreiteten Annahmen – vor allem die jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren und am wenigsten die Bevölkerung im höheren Alter. Dieses Resultat wird auch von anderen Studien bestätigt (Bu et al., 2020; Groarke et al., 2020). Weiter zeigen unsere Daten, dass Personen mit bestehender psychiatrischer Diagnose, Alleinlebende und Personen mit tieferen Einkommen während der Pandemie stärker von Einsamkeit betroffen waren. Studien, welche die Einsamkeit im ersten Lockdown mit der Zeit vor dem Lockdown verglichen, kommen zu ähnlichen Befunden (Bu et al., 2020; Seifert & Hassler, 2020; Stolz et al., 2021). Aus der Literatur nicht bekannt waren bisher Befunde bezüglich des Migrationshintergrundes. Hier wies unsere Studie einen höheren Anteil an Einsamen bei den Personen mit Migrationserfahrung nach. Im Gegensatz zur bestehenden Literatur finden wir allerdings keine Evidenz für einen Geschlechter-Unterschied im Ausmass der Einsamkeit während der Pandemie (Bu et al., 2020; Savage et al., 2021; Seifert & Hassler, 2020).

6 Adhärenz an Schutzmassnahmen

6.1 Hintergrund und Forschungsstand

Mit diversen Public-Health-Massnahmen hat der Bund bereits früh versucht, die Ausbreitung von Sars-CoV-2 in der Schweiz durch Einschränkungen der Mobilität (z.B. Homeoffice-Pflicht) und des sozialen Austauschs (z.B. beschränkte Personenzahl bei Zusammenkünften, Schliessung von Clubs und Restaurants) sowie das Erlassen von Hygiene- und Verhaltensregeln (z.B. regelmässiges Händewaschen, Maskentragen, Abstandhalten) einzudämmen. Teilweise handelte es sich bei diesen Massnahmen um Verbote, teilweise um Empfehlungen. Die Massnahmen wurden vom Bund dem Verlauf der Pandemie angepasst. Zudem passten einzelne Kantone die Massnahmen der lokalen Situation an bzw. erliessen zusätzliche Massnahmen. Für die Wirksamkeit dieser Massnahmen ist das Ausmass der Befolgung durch die Bevölkerung, die sogenannte Adhärenz, zentral. Diese wird von diversen Faktoren beeinflusst.

Bisherige Studien zeigen, dass die verordneten Massnahmen zur Eindämmung von SARS-CoV-2 in der Schweiz besonders während des ersten und zweiten Lockdowns sowie in der Phase der Verschärfung der Massnahmen im Herbst weitgehend eingehalten wurden (Hermann, 2021). In der ersten Lockerungsphase zeigt sich ein Nachlassen der Adhärenz an gewisse Schutzmassnahmen: Treffen von Personen, zu Hause bleiben und Abstand halten. Dennoch hält auch in dieser Phase ein Grossteil der Bevölkerung z.B. das Abstandhalten weiterhin ein, und auch die Kontakthäufigkeit ausser Haus steigt erst in der zweiten Lockerungsphase wieder auf ein ähnliches Niveau wie vor der Pandemie. Insbesondere die über 65-Jährigen halten sich bis zum Beginn der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020 konsequent ans Abstandhalten (Corona Immunitas, 2021). Erst in der zweiten Lockerungsphase im Frühling/Sommer 2021 reduziert sich die Bereitschaft, weiterhin Abstand zu halten, auch in dieser Gruppe deutlich. Der Trend hin zur allgemeinen «Normalisierung» in der zweiten Lockerungsphase ist auch bei der Nutzung des öffentlichen Verkehrs zu sehen, und das Einhalten der Maskenpflicht nimmt ab (Corona Immunitas, 2021; Hermann, 2021). Einzig die Homeoffice-Empfehlung/-Pflicht wird in der zweiten Lockerungsphase noch deutlicher verfolgt als in der Phase der Verschärfung der Massnahmen im Herbst 2020 (Hermann, 2021).

Nur wenige Studien untersuchten bisher Gruppenunterschiede beim Einhalten von Schutzmassnahmen. Moser et al. (2021) zeigen mit Daten des Covid-19 Social Monitors (März 2020 bis Mai 2021), dass sich die Adhärenz an Schutzmassnahmen in unterschiedlichen Phasen der Pandemie nach Sprachregionen leicht unterscheidet. In Regionen mit einer höheren Covid-19-Inzidenz lässt sich eine höhere Adhärenz feststellen. Nivette et al. (2021) werteten Daten einer Kohortenstudie mit jungen Erwachsenen aus. In dieser Gruppe der 22-Jährigen zeigt sich dabei eine höhere Adhärenz bei Frauen, bei Personen mit tieferem Bildungsniveau und tieferem sozioökonomischem Status und bei Personen mit Migrationshintergrund.

6.2 Indikatoren

Die von den Bundesbehörden verordneten oder empfohlenen Massnahmen veränderten sich im Laufe der Pandemie. Wir betrachten sechs unterschiedliche Massnahmen bzw. Indikatoren (Tabelle 7): «Abstand halten», d.h. das Einhalten der 2 bzw. später 1.5 Meter Abstand, war eine über den gesamten Pandemieverlauf empfohlenen Verhaltensregel. «Zu Hause geblieben», «Treffen mit Personen über 65 Jahre abgesagt» und «ÖV gemieden» sind drei Verhaltensregeln, die vor allem im ersten Lockdown empfohlen wurden. «Gesichtsmasken tragen» betrifft eine Verhaltensregel, welche zu Beginn von den Bundesbehörden nicht, später dann doch empfohlen wurde und die dann in zunehmend immer mehr öffentlichen Bereichen zur verbindlichen Pflicht wurde. Die dargestellten Indikatoren zeigen jeweils die Anteile der Personen, welche gemäss Selbstauskunft die entsprechende Massnahme «immer» oder «meistens» umgesetzt haben. Der Indikator «Homeoffice» erfasst eine Massnahme, die sich ebenfalls sehr dynamisch, von einer Empfehlung hin zu einer Pflicht, entwickelte. Erfasst wurde, ob die Befragten in den sieben Tagen vor der Befragung «ausschliesslich» oder «hauptsächlich» im Homeoffice arbeiteten.

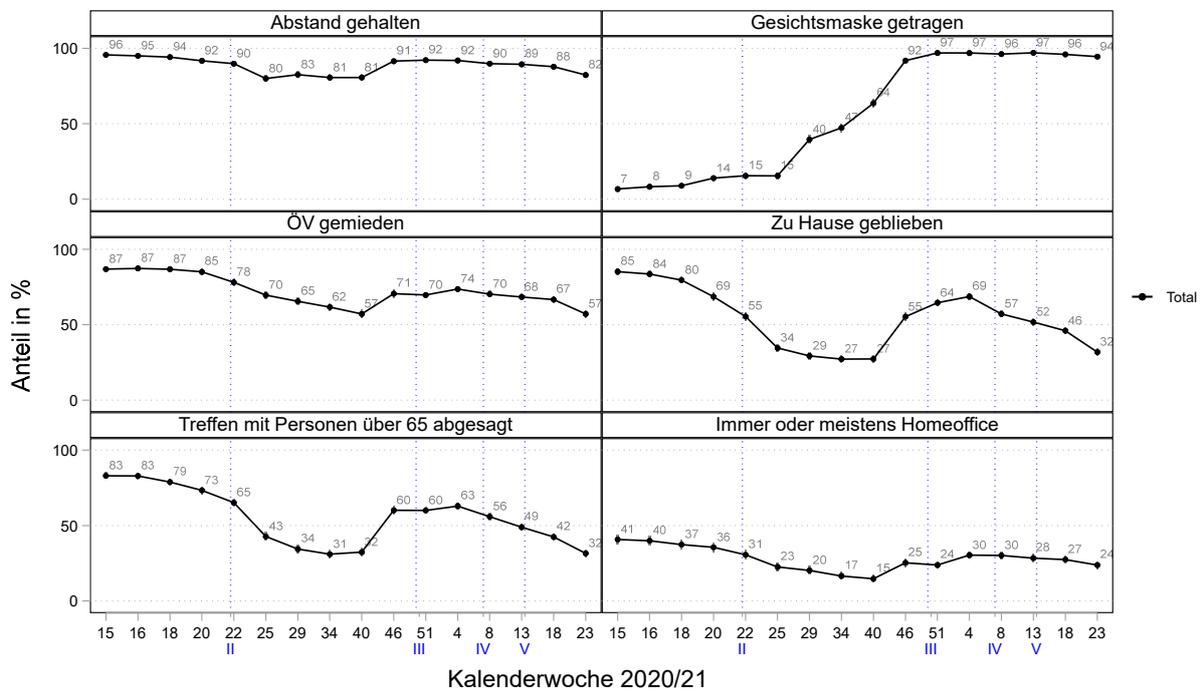
Tabelle 7: Messung der Adhärenz an Schutzmassnahmen

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorisierung
Abstandgehalten	In den letzten 7 Tagen: Inwiefern haben Sie folgende Massnahmen ergriffen, um sich und andere vor dem Corona-Virus zu schützen? <i>Immer/Meistens vs. (Manchmal/Selten/Nie)</i>
Gesichtsmasken getragen	1.5 Meter Abstand zu anderen Personen eingehalten Gesichtsmaske getragen
ÖV gemieden	Öffentlichen Verkehr gemieden (Bus, Zug, Tram)
Zu Hause geblieben	Zu Hause geblieben, ausser für Einkauf, Arzt/Apotheke, Arbeit
Treffen mit Personen über 65 abgesagt	Treffen mit älteren Personen 65+ abgesagt (z.B. Eltern/Grosseltern)
Homeoffice	Haben Sie in den letzten 7 Tagen von zuhause aus gearbeitet (Homeoffice)? <i>Ja, ausschliesslich /Ja, hauptsächlich vs. (Ja, teilweise/Nein)</i>

6.3 Verlauf der Adhärenz an Schutzmassnahmen insgesamt und nach Subgruppen

Über die gesamte Phase der Pandemie hielten sich die Befragten weitgehend an die empfohlenen Schutzmassnahmen. Auffallend ist, dass das Abstandhalten während des gesamten Pandemieverlaufs von über 80% der Befragten meistens oder immer eingehalten wurde. Insbesondere im ersten und zweiten Lockdown sowie in der Phase der

Massnahmenverschärfung blieben die Befragten deutlich häufiger zu Hause, sagten Treffen mit Personen über 65 Jahren häufiger ab und mieden öfters den öffentlichen Verkehr als in den Lockerungsphasen (Abbildung 18). Insgesamt zeigt sich, dass im zweiten Lockdown die oben erwähnten Massnahmen und auch die Homeoffice-Pflicht etwas weniger konsequent umgesetzt wurden als im ersten Lockdown. Einzige Ausnahme bildete das Tragen von Gesichtsmasken, das erst ab dem 6. Juli 2020 im öffentlichen Verkehr und im Herbst 2020 in öffentlich zugänglichen Gebäuden obligatorisch wurde. Dies widerspiegelt sich in der Entwicklung dieses Indikators: Ausgehend von einem tiefen Niveau im ersten Lockdown (zwischen 7% und 9% der Befragten) und einem langsamen Anstieg in der ersten Lockerungsphase lag die Adhärenz schliesslich ab der Phase der Massnahmenverschärfung bei 92% (Abbildung 16).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 18: Adhärenz an Schutzmassnahmen im Verlauf der Covid-19-Pandemie. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Die weitgehend grosse Adhärenz an Schutzmassnahmen über den Verlauf der Pandemie hinweg zeigte sich für alle Subgruppen der Bevölkerung. Im genauen Ausmass lassen sich aber dennoch Unterschiede feststellen. Die Abbildungen 19 und 20 zeigen den Anteil der Bevölkerung, der eine bestimmte Schutzmassnahme befolgte, nach Subgruppen. Die Grafiken zeigen sowohl unadjustierte als auch adjustierte Schätzungen, bei denen um Alter, Geschlecht und Wohnregion kontrolliert wird. Im Text berichten wir primär die unadjustierten Werte und gehen nur bei grösseren Abweichungen auf die adjustierten Werte ein.

Obwohl beinahe drei Viertel der 18- bis 29-Jährigen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg ziemlich konsequent Abstand hielten, sind es doch deutlich weniger als die (ebenfalls unter dem Wert der Gesamtbevölkerung liegenden) 30- bis 39-Jährigen und bedeutend weniger als die Befragten ab 40 Jahren. Männer hielten insgesamt etwas weniger häufig Abstand und trugen etwas weniger häufig eine Gesichtsmaske als Frauen. Personen mit Migrationserfahrung trugen häufiger eine Gesichtsmaske, blieben häufiger zu Hause und sagten häufiger Treffen mit Personen über 65 Jahren ab als Personen ohne Migrationserfahrung. Der Bildungsabschluss, das Haushaltseinkommen und der Wohnort waren relevant für das Arbeiten von zu Hause aus («Homeoffice»). Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss oder einem höheren Haushaltseinkommen arbeiteten öfter von zu Hause aus im Homeoffice. Hingegen arbeiteten Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss, einem tieferen Haushaltseinkommen und Personen, die auf dem Land leben, deutlich seltener im Homeoffice im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

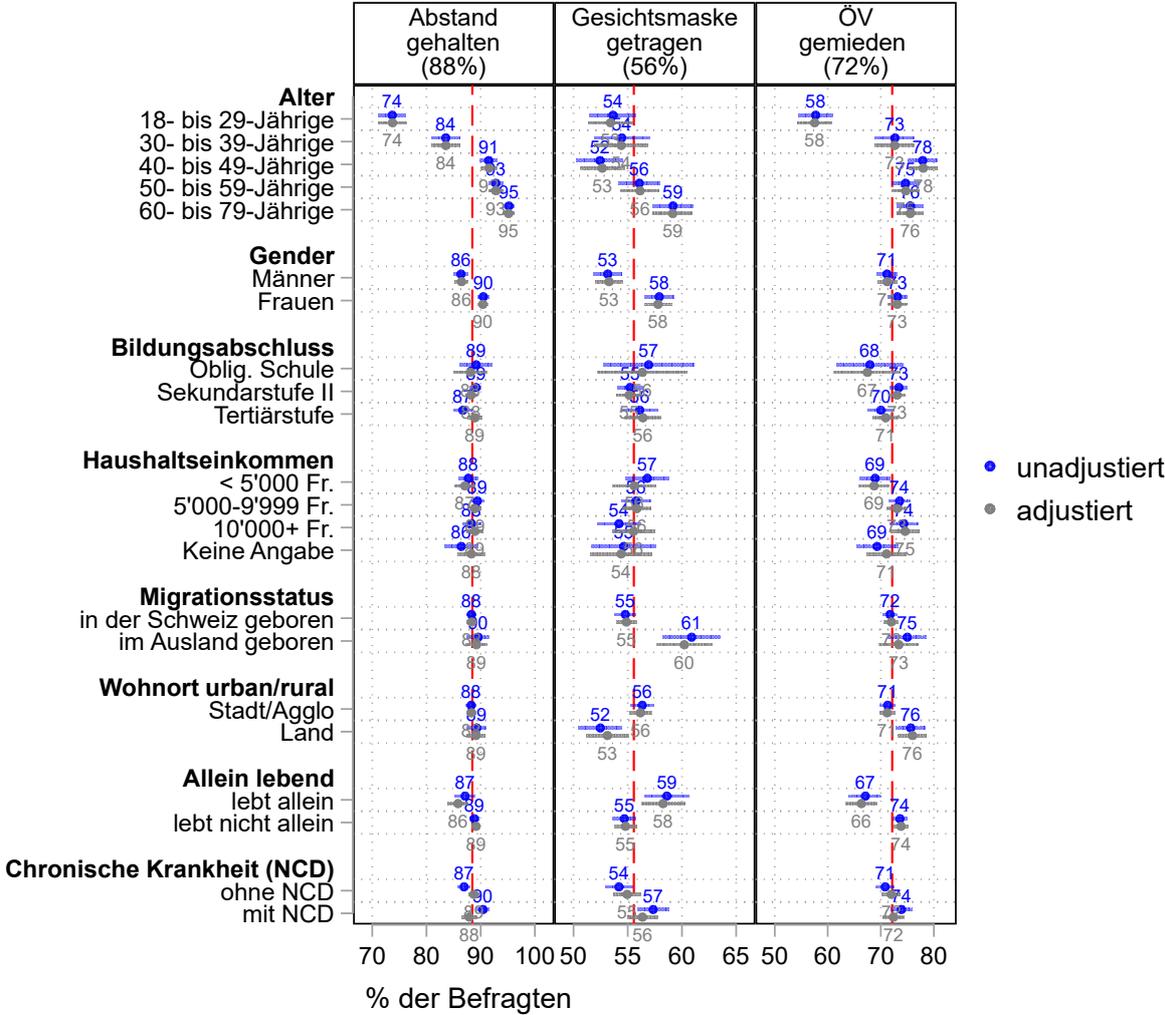


Abbildung 19: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Subgruppen – über alle Erhebungswellen. Adjustiert nach Alter, Geschlecht und Landesregion.

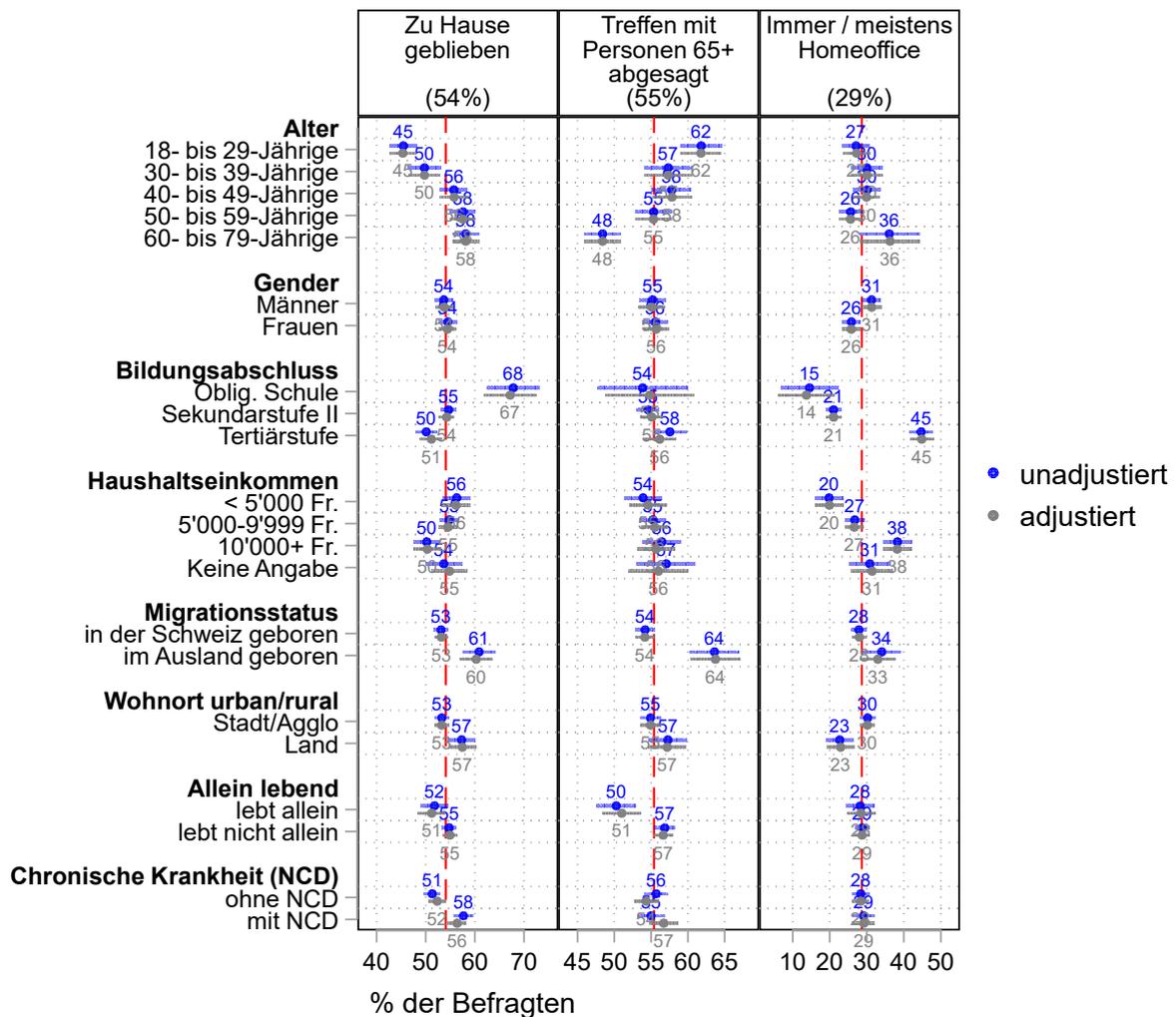
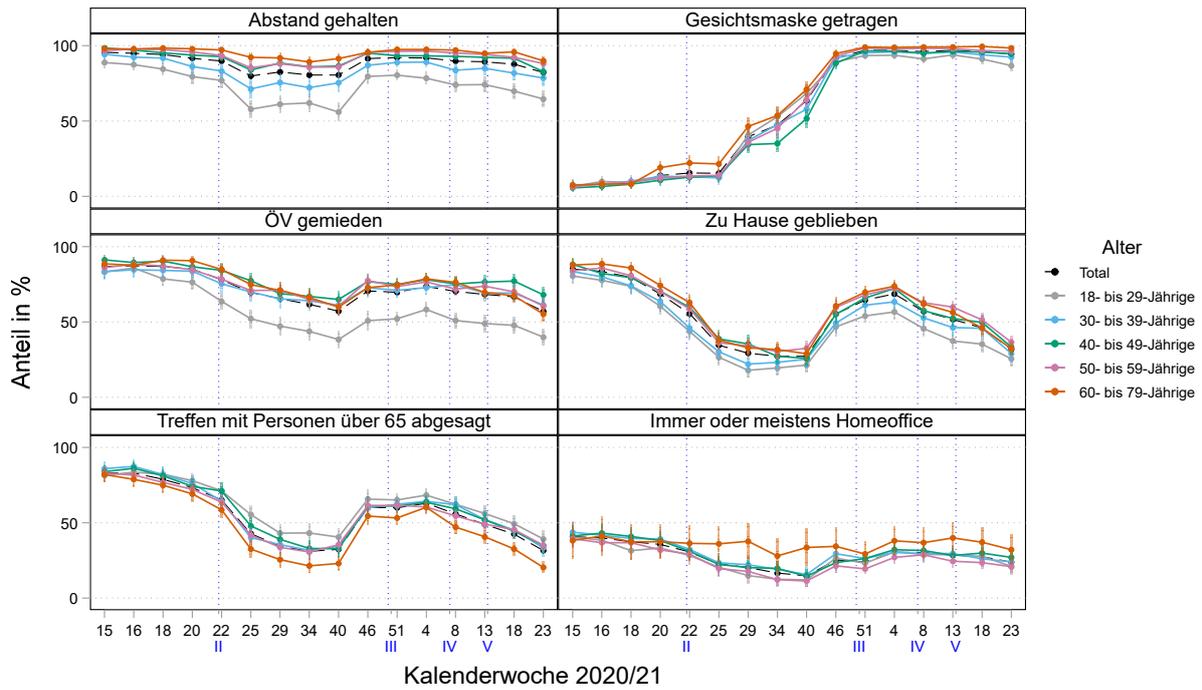


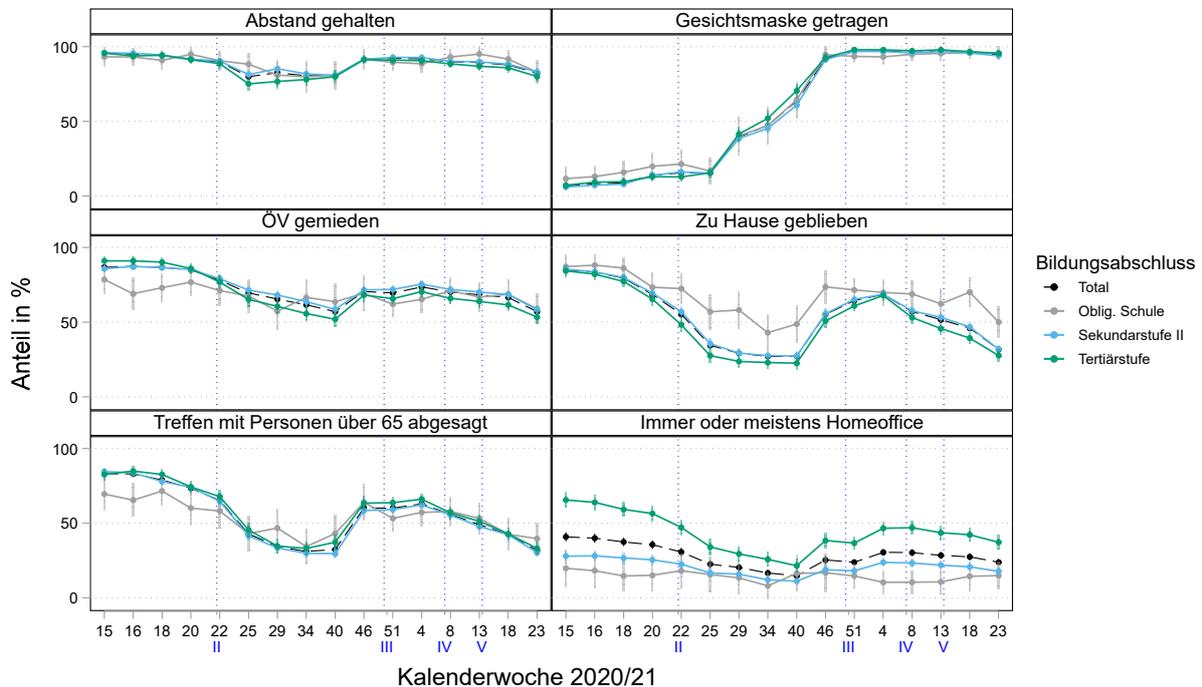
Abbildung 20: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Subgruppen – über alle Erhebungswellen. Adjustiert nach Alter, Geschlecht und Landesregion. Homeoffice: Grundgesamtheit sind nur Erwerbstätige.

Über die Zeit zeigten sich für die einzelnen Subgruppen generell sehr ähnliche Verlaufsmuster bezüglich der Adhärenz an Schutzmassnahmen – wobei sich wiederum vorwiegend die Niveaus unterscheiden. Beim Abstandhalten zeigte sich etwa in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen und der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen ein stärkeres Absinken der Adhärenz in der ersten Lockerungsphase als bei den 50- bis 59-Jährigen und den 60- bis 79-Jährigen (Abbildung 21). Für das Homeoffice zeigt sich, dass Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss sowohl im ersten Lockdown als auch im zweiten Lockdown häufiger im Homeoffice arbeiteten als Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II und der obligatorischen Schule (Abbildung 22). Dementsprechend sanken die Anteile in der ersten Lockerungsphase bei den Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss etwas stärker als bei den Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss oder bei den Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 21: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Altersgruppen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Phase der Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021

Abbildung 22: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Bildungsabschluss. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

6.4 Fazit

Über die gesamte Phase der Pandemie hielt sich die Bevölkerung weitgehend an die empfohlenen bzw. verordneten Schutzmassnahmen und Verhaltensregeln. Insgesamt gesehen wurden die meisten Massnahmen im ersten Lockdown aber konsequenter umgesetzt als im zweiten. Dies erstaunt kaum, da in der Phase des ersten Lockdowns grosse Ängste bezüglich der Ausbreitung und Gefahr von Sars-CoV-2 herrschten.

Obwohl die Massnahmen während des gesamten Pandemieverlaufs von einer deutlichen Mehrheit der Bevölkerung eingehalten wurden, zeigten sich vereinzelt dennoch Unterschiede zwischen verschiedenen Subgruppen. Wie bereits aus anderen Studien hervorgeht, hielten sich vor allem ältere Personen im Verlauf der Pandemie konsequent ans Abstandhalten, während jüngere Personen seit der ersten Lockerungsphase diese Massnahmen weniger häufig umsetzten (Corona Immunitas, 2021). Auch trugen Personen mit Migrationserfahrung etwas häufiger Gesichtsmasken als Personen ohne Migrationserfahrung.

Die Adhärenz an Massnahmen wird nicht nur von den eigenen Präferenzen und Einstellungen beeinflusst, sondern auch von den vorhandenen Möglichkeiten und Ressourcen sowie von der Lebens- und Erwerbssituation. Dies zeigte sich etwa beim Homeoffice, das für Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss viel häufiger überhaupt möglich war, und beim öffentlichen Verkehr, dessen Nutzung für manche Personen unumgänglich ist.

Die hier vorliegende Einschätzung bezüglich Adhärenz basiert auf selbstberichteten Angaben der Befragten. Da das Einhalten von Schutzmassnahmen während der Covid-19-Pandemie eine sozial erwünschte Verhaltensweise war, könnte dies zu «sozial erwünschtem Antwortverhalten» geführt haben: Befragte geben eine sozial erwünschte Antwort, welche nicht ihrem tatsächlichen Verhalten entspricht. Allerdings zeigen Studien, die nicht auf Umfragedaten basieren, mit unseren Ergebnissen übereinstimmende Befunde bzw. Verlaufsmuster (P. Moser et al., 2021).

7 Konklusion

Seit März 2020 stellt die Entwicklung der Covid19-Pandemie die Schweizer Bevölkerung laufend vor grosse gesellschaftliche Herausforderungen. Mit dem Projekt Covid-19 Social Monitor steht seit Ende März 2020 ein zeitnahes Monitoring der sozialen und gesundheitlichen Veränderungen in der Bevölkerung zur Verfügung. Der Covid-19 Social Monitor erfasst laufend eine Reihe von Indikatoren zum Wohlbefinden, dem psychischen und physischen Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Erwerbssituation der Schweizer Bevölkerung. Zeitnah zu den Erhebungen werden die Resultate auf der Webseite <https://covid19.ctu.unibe.ch> präsentiert. Der vorliegende Bericht gibt ergänzend einen Überblick über die Auswirkungen der Pandemie zwischen März 2020 und Juni 2021. Der Fokus liegt dabei auf dem allgemeinen Wohlbefinden, der psychischen Befindlichkeit und dem Einsamkeitsempfinden der Bevölkerung. Zudem wird die Adhärenz der Bevölkerung an Schutzmassnahmen zur Eindämmung der Pandemie genauer betrachtet.

Veränderung des allgemeinen Wohlbefindens, der psychischen Befindlichkeit und der Einsamkeit während der Corona-Pandemie

Die Dynamik der Pandemie mit Phasen erhöhter Infektionsraten und damit einhergehenden verstärkten Massnahmen wie etwa den «Lockdowns» widerspiegelt sich teilweise im Verlauf des Wohlbefindens, der psychischen Befindlichkeit und der Einsamkeit. Verglichen mit Studien von vor der Corona-Pandemie fiel das psychische Wohlbefinden bei der ersten Erhebung des Covid-19 Social Monitors zu Beginn des ersten Lockdowns Ende März 2020 etwas schlechter aus. Doch gegen Ende des ersten Lockdowns verbesserte sich das allgemeine psychische Wohlbefinden deutlich und blieb bis Mitte August 2020 stabil auf einem hohen Niveau. In der Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 verschlechterte es sich wieder kontinuierlich und erreichte Ende Dezember bei der psychischen Befindlichkeit und Ende Januar 2021 beim allgemeinen Wohlbefinden und der Einsamkeit einen vorläufigen Tiefpunkt. Der Anteil der Personen mit hoher Lebensqualität lag zu diesem Zeitpunkt 10 Prozentpunkte tiefer als im Sommer 2020 und der Anteil der Personen mit erhöhter psychischer Belastung 10 Prozentpunkte höher. Diese Veränderungen in der Befindlichkeit dürfen allerdings nicht allein auf die Pandemie zurückgeführt werden. Insbesondere der Verlauf der psychischen Befindlichkeit mit tieferen Werten im Herbst/Winter lässt vermuten, dass auch weitere Faktoren wie beispielsweise Stress zum Jahresende hin und/oder die Saisonalität diese Indikatoren beeinflussen.

Unsere Ergebnisse unterscheiden sich deutlich nach Bevölkerungsgruppen. Junge Erwachsene fallen durch hohe Werte bei der psychischen Belastung und, entgegen verbreiteten Erwartungen, bei der Einsamkeit auf. Auch internationale Ergebnisse zeigen, dass sich die psychische Gesundheit junger Menschen im Lauf der Pandemie verschlechtert hat (Marmot et al., 2020). Auch für die gängigen Ungleichheitsfaktoren Bildung und Einkommen zeigen sich deutliche Unterschiede. Personen mit niedrigem Bildungsniveau weisen während der Pandemie eine tiefere Lebensqualität und höhere psychische Belastung auf. Bei Personen mit

einem tiefen Einkommen zeigen sich für das allgemeine Wohlbefinden, die psychische Befindlichkeit und die Einsamkeit schlechtere Werte als in den übrigen Einkommensgruppen. Tiefere Lebensqualität, erhöhte psychische Belastung und ein ausgeprägteres Einsamkeitsgefühl zeigen sich auch bei Personen mit Migrationserfahrung (im Ausland geboren), Alleinlebenden, Personen mit einer chronischen Erkrankung und bei Personen mit einer psychiatrischen Diagnose (zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben). Betrachten wir die Verläufe der einzelnen Subgruppen, zeigen sich jeweils ähnliche Muster – allerdings auf unterschiedlichen Niveaus. Das heisst, die Pandemie scheint die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in einem ähnlichen Mass beeinträchtigt zu haben. Allerdings dürfte sich eine Verschlechterung bei einem tieferen Ausgangsniveau häufiger gravierend auswirken, z.B. dürfte eine Verschlechterung bei einer bereits bestehenden schlechten psychischen Befindlichkeit eher zu einer akuten psychischen Krise führen.

Veränderung in der Adhärenz an Schutzmassnahmen

Über die gesamte Phase der Pandemie hielt sich die Bevölkerung weitgehend an die jeweils empfohlenen bzw. verordneten Schutzmassnahmen und Verhaltensregeln. Die meisten Massnahmen wurden im ersten Lockdown konsequenter umgesetzt als im zweiten Lockdown. Wie bereits aus anderen Studien hervorgeht, hielten sich ältere Personen konsequenter über den gesamten Verlauf der Pandemie hinweg ans Abstandhalten, während jüngere Personen seit der ersten Lockerungsphase dies immer weniger häufig befolgten (Corona Immunitas, 2021). Wichtig zu betonen ist, dass die Adhärenz an Massnahmen nicht nur von den eigenen Präferenzen und Einstellungen, sondern auch von den vorhandenen Möglichkeiten und Ressourcen sowie von der Lebens- und Erwerbssituation beeinflusst wird. Dies zeigt sich exemplarisch beim Arbeiten im Homeoffice, das für Erwerbstätige mit einem tertiären Bildungsabschluss viel häufiger möglich war.

Limitationen

Da die Erhebung des Covid-19 Social Monitors zu Beginn der Corona-Pandemie initiiert wurde, fehlen Vergleichswerte für genau diese Stichprobe. Dank dem Einsatz gängiger Befragungsinstrumente sind aber Vergleiche mit anderen repräsentativen Schweizer Bevölkerungsstudien mit Einschränkungen möglich. Weiter handelt es sich beim Covid-19 Social Monitor um eine Online-Befragung. Online-affine Personen sind in der Studienpopulation tendenziell übervertreten, was insbesondere bei den älteren Personen zu einer gewissen Selektivität der Befragten führen dürfte. Auch sind speziell vulnerable Gruppen wie etwa schwer kranke oder marginalisierte Personen sowie Personen, die nicht Deutsch, Französisch oder Italienisch sprechen naturgemäss untervertreten in Bevölkerungsbefragungen.

Implikationen

Die Ergebnisse des Covid-19 Social Monitors sind oft wenig spektakulär, weil sich in vielen Bereichen keine so starken negativen Auswirkungen der Pandemie zeigten wie befürchtet. Die Lebensqualität und die psychische Belastung der breiten Bevölkerung wurden zwar beeinträchtigt, aber mehrheitlich nur in einem geringen Ausmass oder nur kurzfristig. Auch

die Einsamkeit und Isolation der älteren Bevölkerung, eine grosse Befürchtung im ersten Lockdown 2020, waren zwar kurzfristig erhöht, insgesamt aber weniger problematisch als befürchtet. Dafür zeigte der Covid-19 Social Monitor bereits früh, dass Gefühle von Einsamkeit v.a. bei jungen Menschen stark verbreitet sind und im Lockdown bei dieser Gruppe stark zunahmen. Dass junge Menschen durch gewisse Massnahmen besonders belastet waren, zeigte sich auch bei anderen Indikatoren zur psychischen Befindlichkeit. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer differenzierten Analyse der Pandemieauswirkungen nach Subgruppen. Ebenfalls früh sichtbar wurden in den Daten des Covid-19 Social Monitors die Auswirkungen der Pandemie auf die medizinische Versorgung (nicht in diesem Bericht thematisiert, aber z.B. in Höglinger (2020)). Diese Beispiele zeigen, wie wichtig eine kontinuierliche Erfassung eines breiten Sets an Indikatoren zur systematischen und evidenzbasierten Einschätzung der Befindlichkeit, Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist.

Im vorliegenden Bericht gehen wir auf die Auswirkungen der Pandemie im Zeitraum von März 2020 bis Juni 2021 ein – die Pandemie ist zu diesem Zeitpunkt aber noch bei Weitem nicht unter Kontrolle. Das Weiterführen des Monitorings bietet die Möglichkeit, die weiteren Auswirkungen der Pandemie und entscheidende Aspekte des Verhaltens wie z.B. den Impffortschritt (Heiniger et al., 2021) zu untersuchen. Auch Auswirkungen der aktuell wieder steigenden Fallzahlen und Hospitalisierungen auf die medizinische Versorgung können mit dem Covid-19 Social Monitor frühzeitig erkannt und aufgezeigt werden.

Literaturverzeichnis

- Baer, N., Cahn, T., Füglistner-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bosshard, C., Bühler, G., Craviolini, J., Hermann, M., & Krähenbühl, D. (2021). 6. *SRG Corona-Monitor* (S. 1–61). Forschungsstelle Sotomo. <https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2021/02/6.-SRG-Corona-Monitor.pdf>.
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health, 186*, 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.036>.
- Bühler, G., Craviolini, J., Hermann, M., Krähenbühl, D., & Wenger, V. (2021). 7. *SRG Corona-Monitor* (SRG Corona-Monitor, S. 1–80). Forschungsstelle Sotomo. <https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2021/03/7.-SRG-Corona-Monitor.pdf>.
- Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Covid-19 Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/death?rel=abs&time=total> [Letzter Zugriff: 30. August 2021].
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Covid-19 and living conditions in Switzerland in 2020 (SILC)*. Bundesamt Für Statistik. <https://www.experimental.bfs.admin.ch/expstat/en/home/innovative-methods/silc.html> [Letzter Zugriff: 30. August 2021].
- Bundesamt für Statistik (2020b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017—Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.14839331.html> [Letzter Zugriff: 30. August 2021].
- Bundesamt für Statistik. (2020c). *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Dokumentation der Indizes von 1992 bis 2017*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.7566869.html> [Letzter Zugriff: 30. August 2021].
- Bütikofer, S., Craviolini, J., Hermann, M., & Krähenbühl, D. (2021). 8. *SRG Corona-Monitor* (SRG Corona-Monitor, S. 1–82). Forschungsstelle Sotomo. https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2021/07/8.-SRG_Corona-Monitor.pdf.
- Campion, J., Javed, A., Sartorius, N., & Marmot, M. (2020). Addressing the public mental health challenge of COVID-19. *The Lancet. Psychiatry, 7*(8), 657–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30240-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30240-6).
- Corona Immunitas. (2021). *Wie viele Menschen haben meistens oder immer eine Maske getragen?* Corona Immunitas. <https://www.corona-immunitas.ch/aktuell/behavioural-graphs/> [Letzter Zugriff: 30. August 2021].
- Craviolini, J., Hermann, M., Krähenbühl, D., & Wenger, V. (2021). *Hallo Schweiz. Hallo Leben. Die CSS-Gesundheitsstudie 2021*. Sotomo. https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2021/08/CSS_Gesund-u.Kranksein-sotomo_de_web-1.pdf.

- Daly, M., & Robinson, E. (2021). Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, *136*, 603–609. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.035>.
- de Quervain, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coynel, D., Freytag, V., et al. (2020). *The Swiss Corona Stress Study: Second pandemic wave, November 2020* [Preprint]. Open Science Framework. <https://doi.org/10.31219/osf.io/6cseh>.
- de Quervain, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coynel, D., Gerhards, et al. (2020). *The Swiss Corona Stress Study* [Preprint]. Open Science Framework. <https://doi.org/10.31219/osf.io/jqw6a>.
- Ehlert, U. (2020). Verhaltensmedizinische Grundlagen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 317–330). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_10.
- Ehrler, F., Monsch, G.-A., & Steinmetz, S. (2020). *Wohlbefinden und Sorgen während dem Lockdown*. FORS. https://forscenter.ch/wp-content/uploads/2020/09/factsheet_wellbeing.pdf.
- Entringer, T., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J., Grabka, M., Graeber, D., Kroh, M., Schröder, C., Seebauer, J., & Zinn, S. (2020). *Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil*. The Socio-Economic Panel SOEP. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf.
- Fujiwara, D., Dolan, P., Lawton, R., Behzadnejad, F., Lagarde, A., Maxwell, C., & Peytrignet. (2020). *The Wellbeing Costs of COVID-19 in the UK* (S. 1–14). Simetrica-Jacobs, the London School of Economics and Political Science. <https://www.jacobs.com/sites/default/files/2020-05/jacobs-wellbeing-costs-of-covid-19-uk.pdf>.
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLOS ONE*, *15*(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>.
- Hamilton, M., & Coates, S. (2020, Juni 15). *Coronavirus and anxiety, Great Britain: 3 April 2020 to 10 May 2020*. Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/coronavirusandanxietygreatbritain/3april2020to10may2020>.
- Hämmig, O. (2019). Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. *PLOS ONE*, *14*(7), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219663>.
- Hanratty, B., Stow, D., Collingridge Moore, D., Valtorta, N. K., & Matthews, F. (2018). Loneliness as a risk factor for care home admission in the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, *47*(6), 896–900. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy095>.

- Heiniger, S., Höglinger, M., & Schliek, M. (2021, Juli 8). Impffortschritt in der Schweiz: Wer hat schon und wer will noch? *Impffortschritt in der Schweiz: Wer hat schon und wer will noch?* <https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/2021/07/08/impffortschritt-in-der-schweiz-wer-hat-schon-und-wer-will-noch/>.
- Heller, D., Judge, T. A., & Watson, D. (2002). The confounding role of personality and trait affectivity in the relationship between job and life satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 23(7), 815–835. <https://doi.org/10.1002/job.168>.
- Helliwell, J. F., Schellenberg, G., Fonberg, J. D., Statistics Canada, Statistics Canada, & Analytical Studies Branch. (2020). *Life satisfaction in Canada before and during the COVID-19 pandemic*. Statistics Canada = Statistique Canada.
- Helliwell, J., Huang, H., Wang, S., & Norton, M. (2021). *World Happiness, Trust and Deaths under COVID-19* (Chapter 2; World Happiness Report, S. 1–44). https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2021/WHR+21_Ch2.pdf.
- Hermann, M. (2021). *COVID-19-Prävention: Informationsstand, Einstellungen und Verhalten. Bericht zur Wirkungsmessung der Covid-19-Informationskampagne von Juni 2021 im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG*. Sotomo, Demo SCOPE AG.
- Höglinger, M. (2020). Substantieller Einbruch bei medizinischen Behandlungen im Lockdown. *Zürcher Ärztezeitung, Sonderausgabe*, 10–12. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-20512>.
- Höglinger, M., Brunner, B., Stucki, M., & Wieser, S. (2020). Gesundheitsökonomische Aspekte der Corona-Krise in der Schweiz: Resultate des COVID-19 Social Monitor. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 25(5), 233–238. <https://doi.org/10.1055/a-1287-2546>.
- Höglinger, M., & Heiniger, S. (2020). The Covid-19 Social Monitor: A panel study providing evidence about the social and public health impact of the pandemic. *Bulletin Der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie*, 157, 14–19.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
- Jäggi, C. J. (2021). *Die Corona-Pandemie und ihre Folgen: Ökonomische, gesellschaftliche und psychologische Auswirkungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-33977-7>.
- Jung, S., Kneer, J., & Krüger, T. H. C. (2020). Mental Health, Sense of Coherence, and Interpersonal Violence during the COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3708. <https://doi.org/10.3390/jcm9113708>.
- Kar, S. K., Oyetunji, T. P., Prakash, A. J., Ogunmola, O. A., Tripathy, S., Lawal, M. M., Sanusi, Z. K., & Arafat, S. M. Y. (2020). Mental health research in the lower-middle-income countries of Africa and Asia during the COVID-19 pandemic: A scoping review.

- Neurology, Psychiatry, and Brain Research*, 38, 54–64.
<https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.10.003>.
- Kasper, S., & Möller, H.-J. (Hrsg.). (2004). *Herbst-/Winterdepression und Lichttherapie*. Springer.
- Kessler, C., & Guggenbühl, L. (2021). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung. Ausgewählte Forschungsergebnisse 2020 für die Schweiz (Arbeitspapier Nr. 52). Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kotwal, A. A., Holt-Lunstad, J., Newmark, R. L., Cenzer, I., Smith, A. K., Covinsky, K. E., Escueta, D. P., Lee, J. M., & Perissinotto, C. M. (2021). Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 20–29.
<https://doi.org/10.1111/jgs.16865>.
- Kuhn, U., Klaas, H. S., Antal, E., Dasoki, N., Lebert, F., Lipps, O., Monsch, G.-A., Refle, J.-E., Ryser, V.-A., Tillmann, R., & Voorpostel, M. (2021). Who is most affected by the Corona crisis? An analysis of changes in stress and well-being in Switzerland. *European Societies*, 23(sup1), 942–956.
<https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1839671>.
- Lambert Van As, B. A., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2021). *The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review*. 14, 1–13. <https://doi.org/doi: 10.1017/S1041610221000399>.
- Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A., & Miret, M. (2019). *Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. 52, 7–16.
<https://doi.org/doi: 10.1016/j.arr.2019.03.002>.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1–2), 86–95.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>.
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897–908. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>.
- Macdonald, B., & Hülür, G. (2021). Well-Being and Loneliness in Swiss Older Adults During the COVID-19 Pandemic: The Role of Social Relationships. *The Gerontologist*, 61(2), 240–250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa194>.

- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., & Morrison, J. (2020). *Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England* (S. 1–221). Institute of Health Equity.
<https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2020/Build-back-fairer-the-COVID-19-Marmot-review.pdf>.
- McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., & Barry, C. L. (2020). Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA*, *324*(1), 93–94.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.9740>.
- Moser, A., Carlander, M., Wieser, S., Hämmig, O., Puhon, M. A., & Höglinger, M. (2020). The COVID-19 Social Monitor longitudinal online panel: Real-time monitoring of social and public health consequences of the COVID-19 emergency in Switzerland. *PLOS ONE*, *15*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242129>.
- Moser, A., Wyl, V. von, & Höglinger, M. (2021). Health and social behaviour through pandemic phases in Switzerland: Regional time-trends of the COVID-19 Social Monitor panel study. *PLOS ONE*, *16*(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256253>.
- Moser, P., Mikosch, H., & Fischer, B. (2021). *Mobilitäts-Monitoring COVID-19*. Intervista.
https://www.intervista.ch/media/Report_Mobilita%CC%88ts-Monitoring_Covid-19.pdf [Letzter Zugriff: 30. August 2021].
- Nater, U. M., Ditzen, B., & Ehlert, U. (2020). Psychosomatische und stressabhängige körperliche Beschwerden. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 1221–1235). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_54.
- Nivette, A., Ribeaud, D., Murray, A., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Hepp, U., Shanahan, L., & Eisner, M. (2021). Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine* (1982), *268*, 113370.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113370>.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, *383*(6), 510–512.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>.
- Refle, J.-E., & Voorpostel, M. (2020). *First results of the Swiss Household Panel – Covid-19 Study*. <https://doi.org/10.24440/FWP-2020-00001>.
- Reiser, S. (2021). *Das Befinden der Schweizer Bevölkerung in Zeiten von COVID-19. Ausgewählte Ergebnisse, Studie durchgeführt von LINK*. LINK.
<https://www.link.ch/insights/das-befinden-der-schweizer-bevoelkerung-in-zeiten-von-covid-19/>. [Letzter Zugriff: 29. September 2021].
- Sapolsky, R. M. (2015). Stress and the brain: Individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*, *18*(10), 1344–1346. <https://doi.org/10.1038/nn.4109>.
- Savage, R. D., Wu, W., Li, J., Lawson, A., Bronskill, S. E., Chamberlain, S. A., Grieve, J., Gruneir, A., Reppas-Rindlisbacher, C., Stall, N. M., & Rochon, P. A. (2021). Loneliness among

- older adults in the community during COVID-19: A cross-sectional survey in Canada. *BMJ Open*, 11(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044517>.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020* (Nr. 15; S. 1–113). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2020/obsan_15_2020_bericht_2.pdf.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2021). *Lebensqualität*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/lebensqualitaet>. [Letzter Zugriff: 30. August 2021].
- Seifert, A., & Hassler, B. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness Among Older Adults. *Frontiers in Sociology*, 5, 590935. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.590935>.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1–4), 475–492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>.
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch- psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht*. Bundesamt für Gesundheit.
- Stolz, E., Mayerl, H., & Freidl, W. (2021). The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *European Journal of Public Health*, 31(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa238>.
- Tomaz, S. A., Coffee, P., Ryde, G. C., Swales, B., Neely, K. C., Connelly, J., Kirkland, A., McCabe, L., Watchman, K., Andreis, F., Martin, J. G., Pina, I., & Whittaker, A. C. (2021). Loneliness, Wellbeing, and Social Activity in Scottish Older Adults Resulting from Social Distancing during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4517. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094517>.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness, social isolation and social relationships: What are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open*, 6(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>.
- VanderWeele, T. J., Fulks, J., Plake, J. F., & Lee, M. T. (2021). National Well-Being Measures Before and During the COVID-19 Pandemic in Online Samples. *Journal of General Internal Medicine*, 36(1), 248–250. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06274-3>.
- von Wyl, V., Höglinger, M., Sieber, C., Kaufmann, M., Moser, A., Serra-Burriel, M., Ballouz, T., Menges, D., Frei, A., & Puhani, M. A. (2021). Drivers of Acceptance of COVID-19 Proximity Tracing Apps in Switzerland: Panel Survey Analysis. *JMIR Public Health Surveill*, 7(1). <https://doi.org/10.2196/25701>.
- World Health Organization. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. World Health Organization WHO. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_D E.pdf [Letzter Zugriff: 30. August 2021].

World Health Organization. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. World Health Organization. <https://covid19.who.int/> [Letzter Zugriff: 30. August 2021].

A 1. Publikationsverzeichnis Covid-19 Social Monitor

- Haag, C., Höglinger, M., Moser, A., Hämmig, O., Puhan, M. A., & Wyl, V. von. (2020). Social mixing and risk exposures for SARS-CoV-2 infections in elderly persons. *Swiss Medical Weekly*, 49. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20416>.
- Höglinger, M. (2020). Substantieller Einbruch bei medizinischen Behandlungen im Lockdown. *Zürcher Ärztezeitung, Sonderausgabe*, 10–12. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-20512>.
- Höglinger, M., Brunner, B., Stucki, M., & Wieser, S. (2020). Gesundheitsökonomische Aspekte der Corona-Krise in der Schweiz: Resultate des COVID-19 Social Monitor. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 25(5), 233–238. <https://doi.org/10.1055/a-1287-2546>.
- Höglinger, M., & Heiniger, S. (2020a). Online-Verhalten und Beruhigungs-/Schlafmitteleinnahme während der COVID-19-Pandemie. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-22645>.
- Höglinger, M., & Heiniger, S. (2020b). The Covid-19 Social Monitor: A panel study providing evidence about the social and public health impact of the pandemic. *Bulletin Der Schweizerischen Gesellschaft Für Soziologie*, 157, 14–19.
- Höglinger, M., & Heiniger, S. (2020c). Verhaltensveränderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-22546>.
- Moser, A., Carlander, M., Wieser, S., Hämmig, O., Puhan, M. A., & Höglinger, M. (2020). The COVID-19 Social Monitor longitudinal online panel: Real-time monitoring of social and public health consequences of the COVID-19 emergency in Switzerland. *PLOS ONE*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242129>.
- Moser, A., Wyl, V. von, & Höglinger, M. (2021). Health and social behaviour through pandemic phases in Switzerland: Regional time-trends of the COVID-19 Social Monitor panel study. *PLOS ONE*, 16(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256253>.
- von Wyl, V., Höglinger, M., Sieber, C., Kaufmann, M., Moser, A., Serra-Burriel, M., Ballouz, T., Menges, D., Frei, A., & Puhan, M. A. (2021). Drivers of Acceptance of COVID-19 Proximity Tracing Apps in Switzerland: Panel Survey Analysis. *JMIR Public Health Surveill*, 7(1). <https://doi.org/10.2196/25701>.

Blogbeiträge Covid-19 Social Monitor

Brunner, B. (9. Juli 2020) *Die Krise nach der Krise – So hoch sind die Produktivitätsverluste wegen Covid-19.* [Beitrag](#)

Heiniger, S., Höglinger, H. & Schliek, M. (8. Juli 2021) *Impffortschritt in der Schweiz: Wer hat schon und wer will noch?* [Beitrag](#)

Heiniger, S. (14. Januar 2021) *In Quarantäne: Einsam, energielos und psychisch belastet.* [Beitrag](#)

Heiniger, S. (2. Juli 2020) *CORONA-Lockdown drückt Lebenszufriedenheit von Personen aus stark betroffenen Wirtschaftsbranchen.* [Beitrag](#)

Höglinger, M. (26. November 2020) *Die zweite Corona-Welle ist da – und die Bevölkerung schränkt sich im Alltag wieder stark ein.* [Beitrag](#)

Höglinger, M. (20. Mai 2020) *Nicht-Beanspruchung medizinischer Behandlungen wegen Corona-Pandemie weiterhin substanziell - aber abnehmend.* [Beitrag](#)

Höglinger, M. (9. April 2020) *Covid-19 Social Monitor - Zeitnahes Monitoring der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Schweizer Bevölkerung.* [Beitrag](#)