



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Lebensqualität, psychische Gesundheit, Einsamkeit und Adhärenz an Schutzmassnahmen während der Covid-19-Pandemie

Schlussbericht zum Covid-19 Social Monitor

Marc Höglinger¹, Sarah Heiniger¹, Thomas Egger¹, Flurina Meier¹, André Moser² und Sarah Schmelzer¹

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

²Clinical Trials Unit, Universität Bern

Winterthur, April 2023

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Die Covid-19 Social Monitor Studie wurde nur möglich Dank der engagierten Mitarbeit zahlreicher Personen. Besonderer Dank geht an Maria Carlander (ZHAW), Anja Collenberg (ZHAW), Eva Degen (LINK), Stephanie Dosch (ehemals ZHAW), Klaus Eichler (ZHAW), Oliver Hämmig (UZH), Arnaud Künzi (CTU Bern), Milo A. Puhan (UZH), Melanie Schliek (ehemals ZHAW), Christina Tzogiou (ZHAW), Simon Wieser (ZHAW), Brigitte Wirth (ZHAW) und Viktor von Wyl (UZH).

Für die Finanzierung danken wir dem Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, der Universität Zürich und der ZHAW.

Ein spezieller Dank geht an die 3'381 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, die während fast 3 Jahren an zahlreichen Befragungen teilnahmen. Ohne sie wäre diese Studie nicht realisiert worden.

Inhalt

Zusammenfassung	4
Résumé	7
Sintesi.....	10
Summary	13
1 Einleitung	15
2 Methodik.....	17
2.1 Daten	17
2.2 Indikatoren, Subgruppen und Benennung der Phasen der Pandemie.....	19
2.3 Analysestrategie	22
2.4 Gewichtung	22
3 Lebensqualität	23
3.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	23
3.2 Indikatoren	24
3.3 Verlauf der Lebensqualität insgesamt und nach Subgruppen	24
3.4 Fazit	31
4 Psychische Belastung und Gesundheit.....	32
4.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	32
4.2 Indikatoren	34
4.3 Verlauf der psychischen Gesundheit insgesamt und nach Subgruppen	35
4.4 Fazit	39
5 Einsamkeit	44
5.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	44
5.2 Indikatoren	44
5.3 Verlauf der Einsamkeit insgesamt und nach Subgruppen	45
5.4 Fazit	50
6 Psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen	52
6.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	52
6.2 Indikatoren	53
6.3 Verlauf der psychischen Befindlichkeit insgesamt und nach Subgruppen.....	55
6.4 Assoziation psychische Befindlichkeit Eltern – Kinder	62
6.5 Fazit	63
7 Adhärenz an Schutzmassnahmen.....	64
7.1 Hintergrund und Forschungsstand.....	64
7.2 Indikatoren	65
7.3 Verlauf der Adhärenz an Schutzmassnahmen insgesamt und nach Subgruppen.....	65
7.4 Fazit	72
8 Konklusion	73
Literaturverzeichnis	76
A 1. Publikationsverzeichnis Covid-19 Social Monitor	82

Zusammenfassung

Seit März 2020 stellte die Covid-19-Pandemie die Schweizer Bevölkerung laufend vor grosse gesellschaftliche Herausforderungen. Mit dem Projekt Covid-19 Social Monitor stand seit Ende März 2020 ein kontinuierliches Monitoring zu sozialen und gesundheitlichen Veränderungen der Bevölkerung zur Verfügung. Aktuelle Ergebnisse des Monitorings wurden jeweils wenige Tage nach Erhebung auf der Webseite <https://covid19.ctu.unibe.ch> präsentiert und diverse Indikatoren konnten bzw. können über die Zeit und nach Subgruppen betrachtet werden. Der vorliegende Schlussbericht steht ergänzend und zusammenfassend zu den Resultaten auf der Webseite und gibt einen Überblick über Veränderungen im Lauf der Pandemie zwischen März 2020 und November 2022. Der Fokus liegt dabei auf dem allgemeinen Wohlbefinden, der psychischen Befindlichkeit (inkl. Kinder und Jugendliche) und dem Einsamkeitsempfinden. Zudem wird die Adhärenz der Bevölkerung an Schutzmassnahmen zur Eindämmung der Pandemie betrachtet.

Methode

Datengrundlage bilden die Erhebungszeitpunkte 1 bis 24 des Covid-19 Social Monitors (März 2020 bis November 2022). 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 übervertreten sein. Dies dürfte insbesondere bei älteren Personen zu einer gewissen Selektivität der Befragten geführt haben.

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 zum Jahresbeginn 2021, während sich die Werte im Sommer 2020 zwischenzeitlich erholten und ein Niveau vergleichbar mit Werten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung vor der Pandemie erreichten. Die psychische Befindlichkeit verschlechterte sich erneut 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. Im weiteren Verlauf der Pandemie verbesserten sich alle Indikatoren konstant, bis auf eine kurzzeitige leichte Verschlechterung während der Omikron-Welle im Winter 2021/2022.

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 tiefem 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 unterschiedlichen Niveaus aber sehr ähnliche Verlaufsmuster. Allerdings dürfte sich eine Verschlechterung bei einem tieferen Ausgangsniveau häufiger gravierend ausgewirkt haben.

Für Kinder und Jugendliche lassen sich mit unseren Indikatoren kaum grössere Schwankungen in der psychischen Befindlichkeit über den Beobachtungszeitraum feststellen. Einzige Ausnahme ist der erste Frühlingslockdown 2020, wo sich – vermutlich durch den Fernunterricht und die Einschränkung der sozialen Kontakte und der Empfehlung, zu Hause zu bleiben – eine leichte Erhöhung der durch die Eltern wahrgenommenen Hyperaktivität bei Vorschul- und Kindergartenkindern zeigte. Auch wenn die Pandemie bei einzelnen bei Kindern und Jugendlichen zu psychischen Krisen geführt oder bestehende verstärkt hat (Stocker et al., 2023), so lässt sich mit unseren Daten keine generelle stärkere Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie erkennen.

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 (Frühling 2020) konsequenter umgesetzt als im zweiten Lockdown (Anfang 2021), und ab Frühling 2021 zeigt sich eine zunehmende «Normalisierung» der Mobilität und der sozialen Aktivitäten. Jüngere haben es mit dem Abstand Halten etwas weniger genau genommen und 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. Mit der Aufhebung aller Massnahmen im Februar 2022 sank die Adhärenz erwartungsgemäss stark. Nur beim Homeoffice zeigt sich ein durch die Pandemie ausgelöster nachhaltiger Wandel: Die optionale Arbeit im Homeoffice ist für einen beträchtlichen Teil der Angestellten zu einer neuen Normalität geworden.

Konklusion

Für die Gesamtbevölkerung lässt sich rund drei Jahre nach Beginn der Pandemie 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 sind zudem auch auf andere Faktoren als die Pandemie zurückzuführen. Insbesondere bei der Abnahme des Wohlbefindens und der Zunahme der psychischen Belastung im Herbst/Winter 2020/21 dürfte es sich auch teilweise 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 nur unzureichend abgedeckt.

Résumé

À partir de mars 2020, la pandémie de COVID-19 a placé constamment la population en Suisse face à de grands défis sociétaux. Le projet *Covid-19 Social Monitor*, lancé fin mars 2020, a permis de réaliser un monitoring continu des changements sociaux et sanitaires dans notre pays. Les résultats étaient présentés quelques jours après chaque sondage sur le site <https://covid19.ctu.unibe.ch>, où divers indicateurs avec évolution temporelle et sous-groupes de population étaient également disponibles. Le présent rapport final complète et résume les résultats publiés, tout en offrant un aperçu des changements survenus au cours de la pandémie entre mars 2020 et novembre 2022. Il se concentre sur le bien-être général, l'état psychique (notamment chez les enfants et les adolescents) et le sentiment de solitude, tout en prenant également en compte l'adhésion de la population aux mesures visant à endiguer la pandémie.

Méthodologie

Les données se fondent sur les sondages 1 à 24 du *Covid-19 Social Monitor* (de mars 2020 à novembre 2022). L'échantillon est constitué de membres de la population suisse de 18 à 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 aient été surreprésentées. Il pourrait en avoir découlé 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 au sein de 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 à l'automne 2020 et pendant le deuxième semi-confinement au début de l'année 2021, tandis que les valeurs ont augmenté en été 2020 pour atteindre un niveau comparable aux valeurs enregistrées avant la pandémie par les enquêtes suisses sur la santé. L'état psychique s'est à nouveau détérioré à l'automne 2020, pour se stabiliser ensuite 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. Ensuite, tous les indicateurs se sont constamment améliorés, avec une brève nouvelle dégradation lors de la vague de l'hiver 2021/2022 due à Omicron.

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 plus basses 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. Toutefois, les dégradations ont probablement eu plus souvent de graves conséquences quand le niveau de base était inférieur.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, nos indicateurs ne permettent pas de constater d'importantes variations de leur état psychique au cours de la période examinée. La seule exception est le premier semi-confinement du printemps 2020 : en raison probablement de l'enseignement à distance, de la limitation des contacts sociaux et de la recommandation de rester à la maison, on a observé une légère augmentation de l'hyperactivité, perçue par les parents, chez les enfants en âge préscolaire et allant au jardin d'enfants. Même si la pandémie a entraîné une souffrance psychique ou renforcé une souffrance existante chez certains enfants et adolescents (Stocker et al., 2023), nos données n'indiquent pas de dégradation importante et généralisée du bien-être psychique chez ce groupe de population.

Concernant l'adhésion aux mesures de protection, il s'avère que, pendant toute la pandémie, la population s'est majoritairement conformée rigoureusement aux mesures recommandées ou imposées et aux règles de conduite. La plupart des mesures ont été respectées plus systématiquement durant le premier semi-confinement (printemps 2020) que pendant le second (début 2021), 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, et étaient plus mobiles et plus actifs socialement que les seniors. Ces points mis à part, peu de différences ont été observées entre les divers 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. Avec la levée de toutes les mesures en février 2022, l'adhésion a fortement diminué, comme on pouvait s'y attendre. La pandémie n'a entraîné de changement durable qu'au niveau du télétravail : la possibilité de travailler à domicile est devenue une nouvelle normalité pour une part considérable des employés.

Conclusion

Plus de trois ans après le début de la pandémie, l'ensemble de la population fournit un tableau relativement positif : dans les domaines observés, les impacts négatifs de la pandémie se sont globalement révélés 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 découlent partiellement d'autres facteurs. La diminution du bien-

être et l'augmentation de la charge psychique en automne/hiver 2020/2021 pourraient en particulier être associées à un effet saisonnier. Notre étude ne couvre toutefois pas suffisamment les groupes vulnérables, comme les personnes présentant des antécédents psychiques ou les enfants et les adolescents vivant des situations familiales difficiles.

Sintesi

Sin da marzo 2020, la pandemia di COVID-19 ha continuato a mettere la popolazione in Svizzera di fronte a grandi sfide sociali. Il progetto COVID-19 Social Monitor forniva da fine marzo 2020 un monitoraggio continuo dei cambiamenti sociali e dello stato di salute nella popolazione svizzera. I risultati aggiornati del monitoraggio, riportati rispettivamente alcuni giorni dopo la rilevazione sul sito web <https://covid19.ctu.unibe.ch>, permettevano o permettono di osservare l'evoluzione di diversi indicatori nel tempo e per sottogruppi. Il presente rapporto finale completa e riassume i risultati presentati sul sito e offre una panoramica dei cambiamenti nel corso della pandemia tra marzo 2020 e novembre 2022, focalizzando l'attenzione su benessere generale, stato psichico (inclusi i bambini e gli adolescenti) 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 dai rilevamenti da 1 a 24 del COVID-19 Social Monitor (da marzo 2020 a novembre 2022). 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 sovrarappresentate. Ciò potrebbe avere comportato 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, raggiungendo un livello paragonabile ai valori dell'indagine sulla salute in Svizzera prima della pandemia. Lo stato psichico è peggiorato nuovamente 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. Nell'ulteriore corso della pandemia tutti gli indicatori sono migliorati costantemente, tranne un lieve peggioramento di breve durata durante l'ondata di Omicron nell'inverno 2021/2022.

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. Tuttavia, un peggioramento dovrebbe aver portato più spesso a conseguenze gravi se il livello di partenza era più basso.

Per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, i nostri indicatori non hanno quasi mai evidenziato grandi sbalzi dello stato psichico durante il periodo di osservazione. Unica eccezione è stato il primo confinamento nella primavera del 2020, durante il quale è stato registrato un leggero aumento dell'iperattività percepita dai genitori nei bambini frequentanti la scuola materna e in età prescolare, dovuto probabilmente alla didattica a distanza, alla limitazione dei contatti sociali e alla raccomandazione di restare a casa. Anche se sporadicamente la pandemia ha provocato crisi psichiche o ha acuito quelle esistenti in alcuni bambini e adolescenti (Stocker et al., 2023), i dati in nostro possesso non evidenziano alcuna maggior compromissione generalizzata del benessere psichico dovuta alla pandemia in questa fascia d'età.

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 (primavera 2020) rispetto al secondo (inizio 2021) 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 hanno una probabilità significativamente maggiore di lavorare 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. Com'era prevedibile, l'osservanza è diminuita molto con l'abrogazione di tutti i provvedimenti nel febbraio 2022. Soltanto per il telelavoro la pandemia ha dato il via a un cambiamento duraturo: per una parte rilevante dei lavoratori dipendenti la possibilità di lavorare facoltativamente da casa è diventata la nuova normalità.

Conclusione

A distanza di tre anni dall'inizio della pandemia, per la popolazione nel suo complesso è possibile trarre una conclusione tutto sommato 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 intaccati, ma perlopiù in misura esigua e solo per breve tempo. I cambiamenti osservati sono 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 anche effetti stagionali. Lo studio, tuttavia, non ha coperto a sufficienza i gruppi particolarmente vulnerabili, come per esempio le persone con problemi psichici preesistenti o i bambini e gli adolescenti in situazioni familiari difficili.

Summary

Since March 2020, the COVID-19 pandemic has posed major social challenges to the population in Switzerland. The COVID-19 Social Monitor project, set up in late March 2020, monitored social and public health changes in the Swiss population continuously. The latest results are presented on the website <https://covid19.ctu.unibe.ch> a few days after each survey, and various indicators are available over time and by subgroup. This final report supplements and summarises the results on the website and provides an overview of changes that occurred during the course of the pandemic, between March 2020 and November 2022. It focuses on general well-being, mental health (incl. children and young people) 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 24 of the COVID-19 Social Monitor conducted between March 2020 to November 2022. The study population is the Swiss residents 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 an online survey, proficient internet users are likely to be overrepresented, which may have resulted in a selection bias, particularly in older people.

Results

The dynamic of the pandemic, with phases of increased 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 spring 2020, during the period of stricter measures in autumn 2020, and in the second lockdown at the start of 2021, while the values temporarily recovered in the summer of 2020 and reached a level comparable with the values of the Swiss Health Survey before the pandemic. Mental health deteriorated again 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 phases with stricter measures. As the pandemic progressed, all indicators improved constantly except for a slight deterioration during the Omicron wave in winter 2021-2022.

The results vary widely by population group. The high levels of psychological distress and loneliness were particularly striking in young adults. There are also clear differences in terms of the common factors of inequality: education and income. People with a low level of education had 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

emerged over time in the course of various indicators in the individual subgroups. However, deterioration from a lower starting level was more likely to have a severe impact.

Our indicators do not show any major fluctuations in mental health in children and young people over the observation period. The only exception is during the first spring lockdown in 2020, when – probably due to distance learning and limitations on social contact and the recommendation to stay at home – there was a slight increase in hyperactivity in preschool and kindergarten-age children as perceived by parents. Although the pandemic led to or strengthened existing mental health crises in individual children and young people, our data do not indicate any generally increased impairment of mental well-being in children and young people due to the pandemic.

Regarding adherence to the mitigation measures, 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 (spring 2020) than in the second (start of 2021). From spring 2021, an increasing ‘normalization’ of mobility and social activities becomes apparent. Younger people were less meticulous about physical distancing and were more mobile and 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 not only depends on one’s preferences and attitudes but is also influenced by individual opportunities and resources, as well as living conditions and employment situations. As expected, adherence decreased sharply when all measures were lifted in February 2022. The only lasting change triggered by the pandemic has been working from home: the option to work from home has become a new normality for many employees.

Conclusion

For the population as a whole, around three years after the start of the pandemic, 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 broader population's quality of life and mental health was adversely affected, this was to a limited extent and only temporary in most cases. The observed changes can also be attributed to factors other than the pandemic. The decrease in well-being and the increase in psychological distress, particularly in the autumn/winter of 2020–21 are also likely seasonal effects to some degree. However, people from vulnerable groups, such as those with existing psychological problems or children and young people from difficult family backgrounds, are not adequately covered by our study.

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 Ende März 2022 über 6.8 Millionen Todesfälle im Zusammenhang mit einer Infektion durch das SARS-CoV-2 Virus verzeichnet (World Health Organization, 2023). Die Schweiz vermeldete bis zu diesem Zeitpunkt über 14'000 Todesfälle (Bundesamt für Gesundheit, 2023). 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 musste auch die Massnahmen zur Eindämmung der Pandemie tragen. Um möglicherweise aus der Pandemie und Schutzmassnahmenresultierende soziale, wie auch gesundheitliche Veränderungen und Probleme frühzeitig zu erkennen, war ein zeitnahe Monitoring nötig. Genau dieses Ziel verfolgte das Projekt «Covid-19 Social Monitor», welches am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im März 2020 initiiert 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 wurde.

Der Covid-19 Social Monitor erfasste seit Ende März 2020 regelmässig Indikatoren zu Wohlbefinden, psychischem und physischem Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Erwerbssituation der erwachsenen Schweizer Bevölkerung. Kurzfristig konnten so die Auswirkungen von behördlichen Massnahmen zur Bekämpfung der Verbreitung von SARS-CoV-2 unmittelbar beurteilt werden (Von Wyl et al., 2021). Mittelfristig wurden 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 beispielsweise die öffentliche Akzeptanz von Massnahmen oder deren genaue Umsetzung in der Praxis untersucht werden (A. Moser et al., 2021).

Kern der Berichterstattung des Covid-19 Social Monitors bildete eine Webseite (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>) auf welcher die Resultate jeweils innerhalb weniger Tage nach der Befragung veröffentlicht wurden. Diese Website ermöglichte es, die erfassten Indikatoren im Zeitverlauf für einzelne Befragungswellen während verschiedener Phasen der Pandemie zu betrachten und Unterschiede zwischen Subgruppen der Bevölkerung beispielsweise bezogen auf Landesregion, Bildungsniveau, Erwerbs- oder Familiensituation zu analysieren (Abbildung 1).



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

Der vorliegende Bericht gibt ergänzend und zusammenfassend zur umfassenden Berichterstattung via Website einen Überblick über relevante Auswirkungen der Pandemie zwischen März 2020 und November 2022. Er ist ein Update des Berichts von 2021 (Heiniger et al., 2021), welcher nur die ersten 12 Monate der Pandemie betrachtete und enthält neu ein Kapitel zur Befindlichkeit von Kinder und Jugendlichen. 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 abzeichneten. Zudem untersuchen wir die Belastung von Jugendlichen und Kindern, eingeschätzt durch die Eltern. Schliesslich fokussieren wir auf die Adhärenz der Bevölkerung an den Schutzmassnahmen zur Eindämmung der Pandemie.

2 Methodik

2.1 Daten

Der Covid-19 Social Monitor ist eine Kohorten-Studie, bei der die Teilnehmenden wiederholt zu unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Themen online befragt wurden. Als Datengrundlage für diesen Bericht dienen die Erhebungswellen 1 bis 24 von März 2020 bis November 2022. Studienpopulation ist die Schweizer Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren mit Online-Zugang. Die Teilnehmenden wurden aus einem bestehenden, mittels Zufallsziehungen aktiv rekrutierten Online-Access-Panel des LINK-Instituts zufällig ausgewählt. Um eine möglichst hohe Repräsentativität zu erreichen, wurde die Stichprobe nach Alter, Geschlecht und Landesregion stratifiziert. Das bedeutet, 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 Befragung kontaktiert wurden, schlossen 2'026 die Befragung ab (Teilnahmequote: 24,8%). Anschliessend wurden die gleichen Personen zuerst ein- bis zweiwöchentlich, ab Juni 2020 in ca. monatlichen und ab 2022 in ca. drei- bis viermonatlichen Abständen wiederholt befragt. Dabei wurden jeweils zwischen 1'500 und 1'700 Befragungen abgeschlossen (vgl. Tabelle 1). Im Dezember 2020 (Erhebungszeitpunkt 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, Baseline-Teilnahmequote: 20,4%). Bei den Erhebungswellen 12 bis 24 nahmen jeweils zwischen 1'800 und 2'800 Personen teil. Die Antwortquote (d.h. die Prozentzahl der Baseline-Teilnehmenden, welche die jeweilige Befragung abschlossen) lag für alle Erhebungszeitpunkte zwischen 54% und 83%. Die Befragten wurden durch kleine Incentives zur Teilnahme motiviert (Punkte für Einkaufsgutscheine, kleine Bargeldgutschriften, Spendemöglichkeit).

Das longitudinale Design der Studie ermöglicht es, Veränderungen in den erfassten Indikatoren über den Verlauf der Pandemie hinweg zu erkennen. Die meisten Indikatoren wurden seit März 2020 kontinuierlich erfasst, einige wurden nachträglich hinzugefügt, andere nur einmalig erhoben. Detailliertere Informationen zum Studiendesign können der Publikation von (A. Moser et al., 2020) sowie der Studienhomepage (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>) entnommen werden.

Tabelle 1: Covid-19 Social Monitor Erhebungszeitpunkte und Rücklauf

	Erhebungszeitpunkt								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kalenderwoche	14	15	16	18	20	22	25	29	34
Start der Erhebung	30.03.2020	06.04.2020	14.04.2020	27.04.2020	11.05.2020	25.05.2020	15.06.2020	13.07.2020	17.08.2020
Erhebungszeitraum (in Tagen)	7	8	6	9	7	7	7	8	8
Stichprobengrösse	2026	2026	2026	2026	2026	2026	2026	2026	2026
Rücklauf	2026	1537	1540	1729	1673	1616	1522	1508	1532
Rücklaufquote	100.0%	75.9%	76.0%	85.3%	82.6%	79.8%	75.1%	74.4%	75.6%

	Erhebungszeitpunkt								
	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Kalenderwoche	40	46	51	4	8	13	18	23	35
Start der Erhebung	28.09.2020	09.11.2020	14.12.2020	25.01.2021	22.02.2021	29.03.2021	03.05.2021	07.06.2021	30.08.2021
Erhebungszeitraum (in Tagen)	10	9	9	10	9	10	10	10	10
Stichprobengrösse	2026	2026	3381	3381	3381	3381	3381	3381	3381
Rücklauf	1511	1492	2802	2564	2346	2219	2154	2095	1921
Rücklaufquote	74.6%	73.6%	82.9%	75.8%	69.4%	65.6%	63.7%	62.0%	56.8%

	Erhebungszeitpunkt					
	19	20	21	22	23	24
Kalenderwoche	42	49	4	11	27	44
Start der Erhebung	18.09.2021	06.12.2021	24.01.2022	14.03.2022	04.07.2022	31.10.2022
Erhebungszeitraum (in Tagen)	10	10	10	10	12	14
Stichprobengrösse	3381	3381	3381	3381	3381	3381
Rücklauf	1947	1951	1971	1880	1833	1824
Rücklaufquote	57.6%	57.7%	58.3%	55.6%	54.2%	53.9%

2.2 Indikatoren, Subgruppen und Benennung der Phasen der Pandemie

Indikatoren

Zur Beurteilung des allgemeinen Wohlbefindens verwendeten wir die Outcomes «gute Lebensqualität» und «schlechte Lebensqualität». Zur Untersuchung der psychischen Befindlichkeit nutzten 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») abdeckten. Dies erlaubte uns, die psychische Befindlichkeit differenziert zu analysieren. In Ergänzung dazu analysierten wir die gefühlte «Einsamkeit» als eine weitere Dimension psychischer Befindlichkeit, welche hinsichtlich der einschränkenden Pandemie-Massnahmen stark thematisiert wurde. Die Einschätzungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen basieren auf Fremdeinschätzungen durch die erwachsenen Befragten. Weiter betrachteten wir die Entwicklung der Adhärenz an Massnahmen zur Pandemiebewältigung («Abstand Halten», «zu Hause bleiben», «Besuche bei über 65-Jährigen absagen», «Gesichtsmasken tragen», «ÖV meiden» und «Homeoffice»).

Ausführlichere Informationen zu den verwendeten Indikatoren können den jeweiligen Kapiteln entnommen werden. Auf der Webpage <https://covid19.ctu.unibe.ch/> finden sich ebenfalls weiterführende Angaben zu allen im Covid-19 Social Monitor genutzten Indikatoren.

Subgruppen

A priori wurden bei der Implementierung des Covid-19 Social Monitors keine spezifischen Subgruppenanalysen geplant. Subgruppenauswertungen sollten deshalb sorgfältig interpretiert werden, da diese aufgrund des Studiendesigns gewisse Verzerrungen aufweisen könnten. Für die Subgruppenanalysen verwendeten wir gängige sozio-demografische Klassifizierungen: Alter, höchster Bildungsabschluss, Haushaltseinkommen, Wohnort und Migrationserfahrung. Bildung und Einkommen sind wichtige Ressourcen und eine zentrale Dimension gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheiten (Marmot, 2005). Zusätzlich betrachteten wir drei durch die Pandemie potenziell besonders betroffene Gruppen: Personen mit bestehenden chronischen Erkrankungen, Personen mit psychischen Vorerkrankungen (aktuell oder zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben) sowie alleinlebende Personen. Personen mit chronischen Erkrankungen galten seit Beginn der Ausbreitung von SARS-CoV-2 wegen einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung als besonders gefährdet. Sie wurden aufgefordert, sich besonders gut vor einer Infektion zu schützen. Personen mit psychischen Vorerkrankungen sind eine besonders vulnerable Gruppe, was Wohlbefinden und psychische Befindlichkeit anbelangt. Alleinlebende Personen schliesslich dürften durch Massnahmen, welche auf eine Einschränkung der Mobilität und der sozialen Kontakte zielten, besonders stark betroffen worden sein. Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Subgruppen-Variablen im Initialsample (März 2020 bis November

2020) und im kombinierten Initial- und Auffrischungssample (Dezember 2020 bis November 2022).

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 vorwiegend an den Massnahmen auf Bundesebene. Zwischen März 2020 und November 2022 lassen sich so sieben Phasen der Pandemie unterscheiden: erster Lockdown, erste Lockerungsphase, Massnahmenverschärfung, zweiter Lockdown, zweite Lockerungsphase, Omikron-Welle (mit erneuten Massnahmenverschärfung), Aufhebung aller Massnahmen (Tabelle 2). Die Lockerungsphasen begannen jeweils mit dem Zeitpunkt der Wiedereröffnung aller Einkaufsläden und Märkte. Dies war in der ersten Phase der Pandemie nicht exakt übereinstimmend mit den ersten vom Bund beschlossenen Lockerungsschritten, die bereits am 27. April 2020 erfolgten (Öffnung von personenbezogenen Dienstleistungen wie Coiffeure, Bau- und Fachmarkt, Lockerungen im ambulanten und stationären medizinischen Bereich).

Tabelle 2: 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	Massnahmenverschärfung	19. Oktober 2020 – 17. Januar 2021
IV	Zweiter Lockdown	18. Januar – 27. Februar 2021
V	Zweite Lockerungsphase	1. März – Juni 2021
VI	Omikron-Welle	Dezember 2021 – März 2022
VII	Aufhebung aller Massnahmen	ab 1. April 2022

In den Verlaufsgrafiken des gesamten Berichtes werden zur visuellen Orientierung jeweils der Beginn der obigen Pandemiephasen eingezeichnet (blaue Linien). Zusätzlich werden die täglich gemeldeten Covid-19-Infektionen, sowie der Oxford-Stringency-Index (0 keine Massnahmen, 100 strikteste Massnahmen, Hale et al., 2021) ausgewiesen (vgl. Abbildung 2).

Tabelle 3: Übersicht zur Verteilung der Subgruppen

	Initiales Sample		Initiales und Auffrischungssample	
	(n=2026)		(n=3381)	
	n	Anteil	n	Anteil
Alter				
18- bis 29-Jährige	437	19.1%	722	19.0%
30- bis 39-Jährige	312	13.8%	522	13.7%
40- bis 49-Jährige	414	18.3%	678	18.1%
50- bis 59-Jährige	460	22.4%	784	22.6%
60- bis 79-Jährige	403	26.4%	675	26.5%
Geschlecht				
Männer	1,042	49.5%	1736	49.6%
Frauen	984	50.5%	1645	50.4%
Bildungsabschluss				
Obligatorische Schule	105	5.4%	178	5.5%
Sekundarstufe II	1,314	66.6%	2219	66.9%
Tertiärstufe	603	28.0%	979	27.5%
Haushaltseinkommen				
Bis 5000 Fr.	481	23.8%	812	24.0%
5000 bis 9999 Fr.	892	44.2%	1479	44.3%
10000 Fr. und mehr	412	20.6%	700	20.8%
Keine Angaben	241	11.4%	390	11.0%
Migrationserfahrung				
In der Schweiz geboren	1,726	87.2%	2903	87.4%
Im Ausland geboren	271	12.8%	448	12.6%
Wohnort urban/rural				
Stadt/Agglomeration	1,630	79.5%	2724	79.6%
Land	396	20.5%	657	20.4%
Allein lebend				
Lebt allein	398	20.6%	704	21.8%
Lebt nicht allein	1,628	79.4%	2677	78.2%
Chronische Krankheit (NCD)				
Ohne NCD	1,181	56.2%	1952	55.4%
Mit NCD	818	43.8%	1402	44.6%
Psychiatrische Diagnose¹				
Ohne psychiatrische Diagnose	1,784	88.9%	2963	88.1%
Mit psychiatrischer Diagnose	215	11.1%	391	11.9%

Ausgewiesene Anteilswerte basieren auf gewichteten Daten (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?



■ gemeldete Covid19-Infektionen — Oxford-Stringency-Index
 I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 2. Covid-19-Infektionen und Oxford-Stringency-Index als visuelle Referenz bei den Verlaufsgrafiken

2.3 Analysestrategie

In einem ersten Schritt präsentieren wir jeweils den Verlauf der ausgewählten Indikatoren für die Gesamtbevölkerung über die Pandemie hinweg. In einem zweiten Schritt berichten wir Mittelwerte der Indikatoren nach Subgruppen der Bevölkerung über den gesamten Beobachtungszeitraum. Bei den Subgruppenvergleichen adjustierten wir um Alter, Geschlecht und Sprachregion (mittels multivariabler logistischer Regression). 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. Die Cluster-Struktur der Daten wurde durch die Verwendung von robusten Standardfehlern berücksichtigt. Die Grafiken wurden mit dem Stata-Command `coefplot` generiert (Jann, 2014).

2.4 Gewichtung

Die berichteten Analysen basieren auf gewichteten Daten und sind repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Sprachregion, Kanton und Bildungsabschluss (Stand Volkszählung 2018). Kalibrierungsgewichte korrigieren für die Nicht-Teilnahme von Personen in Follow-Up-Befragungen (A. Moser et al., 2020, 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, 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 schätzten 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. Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe oder Sekundarstufe II weisen im Mittel eine höhere Lebensqualität auf als Personen mit einem obligatorischen Bildungsabschluss. In der deutschsprachigen und rätoromanischen Schweiz geben mehr Personen eine gute Lebensqualität an (94%), als in der französisch- oder italienischsprachigen Schweiz (87%).

Nur wenige Studien können bis dato zuverlässige 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 sich das allgemeine Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit während dem ersten Lockdown (Erhebungszeitraum Ende April bis Mitte Juni 2020) auf dem Niveau von vor der Covid-19-Pandemie hielt (Ehrler et al., 2020a). Auf Basis der Daten des Schweizerischen Haushalt-Panels stellen Kuhn et al. (2021) ebenfalls keine Veränderung der Lebenszufriedenheit für die erste Phase der Covid-19-Pandemie fest (Erhebung 12. Mai bis 30. Juni 2020) und auch Refle & Voorpostel (2020) finden keine signifikante Veränderung in der Lebenszufriedenheit verglichen zu vor der Pandemie. Sie. Nach Alter differenzierte Analysen zeigten aber bereits in der frühen Phase der Pandemie eine signifikante Abnahme der Lebenszufriedenheit der 14- bis 25-Jährigen. 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 der Vorjahre unterschied (Bundesamt für Statistik, 2020a). Hingegen sank der Anteil hoher Lebenszufriedenheit in der ersten Jahreshälfte 2021 auf 37% (Bundesamt für Statistik, 2021). Studien, welche die Veränderung des Wohlbefindens retrospektiv erfassten, zeigen bei rund einem Drittel der Befragten eine Verschlechterung des Wohlbefindens

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

(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 Wohlbefindens zu Beginn der Pandemie auf eine hohe Resilienz und eine starke Beständigkeit der Lebenszufriedenheit hin (Entringer et al., 2020; Helliwell et al., 2021). Allerdings sank in stärker von der Pandemie betroffenen Ländern (z.B. mit strengeren staatlichen Massnahmen) die Lebenszufriedenheit im Durchschnitt leicht (OECD, 2021). Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) zeigen für die Bevölkerung in Deutschland keine Veränderung der Lebenszufriedenheit zwischen April 2019 und April 2020 (Entringer et al., 2020). Eine differenzierte Betrachtung der Lebenszufriedenheitsentwicklung deutet auf eine Angleichung der sozioökonomischen Unterschiede in der ersten Pandemiephase 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.

3.2 Indikatoren

Im Covid-19 Social Monitor erfassen wir die Lebensqualität mit einem eindimensionalen Frage-Item, welches aus dem Fragekatalog der SGB 2017 bzw. 2012 übernommen wurde. Damit stehen Vergleichswerte der 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; Massnahmenverschärfung, KW 46/2020, zweite Lockerungsphase, KW 23/2021) retrospektiv einschätzen, wie sich ihre Lebensqualität verglichen zu vor der Pandemie verändert hat.

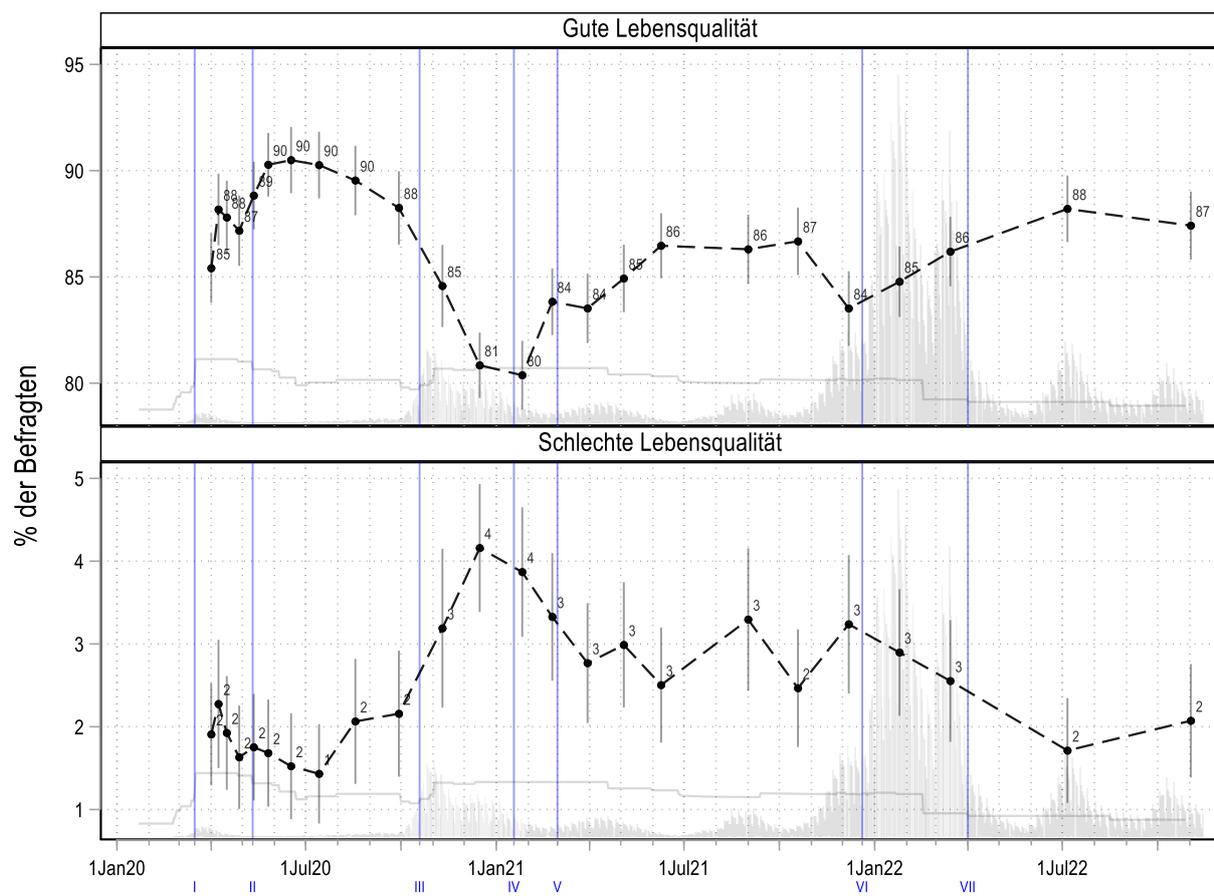
3.3 Verlauf der Lebensqualität insgesamt und nach Subgruppen

Im Durchschnitt blieb die Lebensqualität der Gesamtbevölkerung trotz Corona-Pandemie im Verlauf der Pandemie weitgehend auf hohem Niveau. Während dem ersten Lockdown im Frühling 2020 pendelte der Anteil Befragter mit (sehr) guter Lebensqualität zwischen 85% und 88%. In der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020 stieg dieser Anteil leicht und sank in der Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst wieder deutlich ab, bis Ende Januar 2021 im zweiten Lockdown mit 80% der Tiefpunkt erreicht wurde. Zurück ging der Anteil mit guter Lebenszufriedenheit auch im Winter 2021/2022 während der ersten Omikron-Welle. Seitdem stieg der Anteil Befragter mit guter Lebensqualität wieder kontinuierlich an (Abbildung 3). Der Anteil Befragter mit schlechter 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 3).

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

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



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 3: 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 4 zeigt den Anteil der Personen mit guter Lebensqualität nach einzelnen Subgruppen über alle Erhebungszeitpunkte. Personen mit obligatorischem Schulabschluss und Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen (< 5'000 Fr.) gaben 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. Im Ausland geborene Personen weisen einen tiefen Anteil mit guter Lebensqualität, aber keinen höheren Anteil mit schlechter Lebensqualität auf.

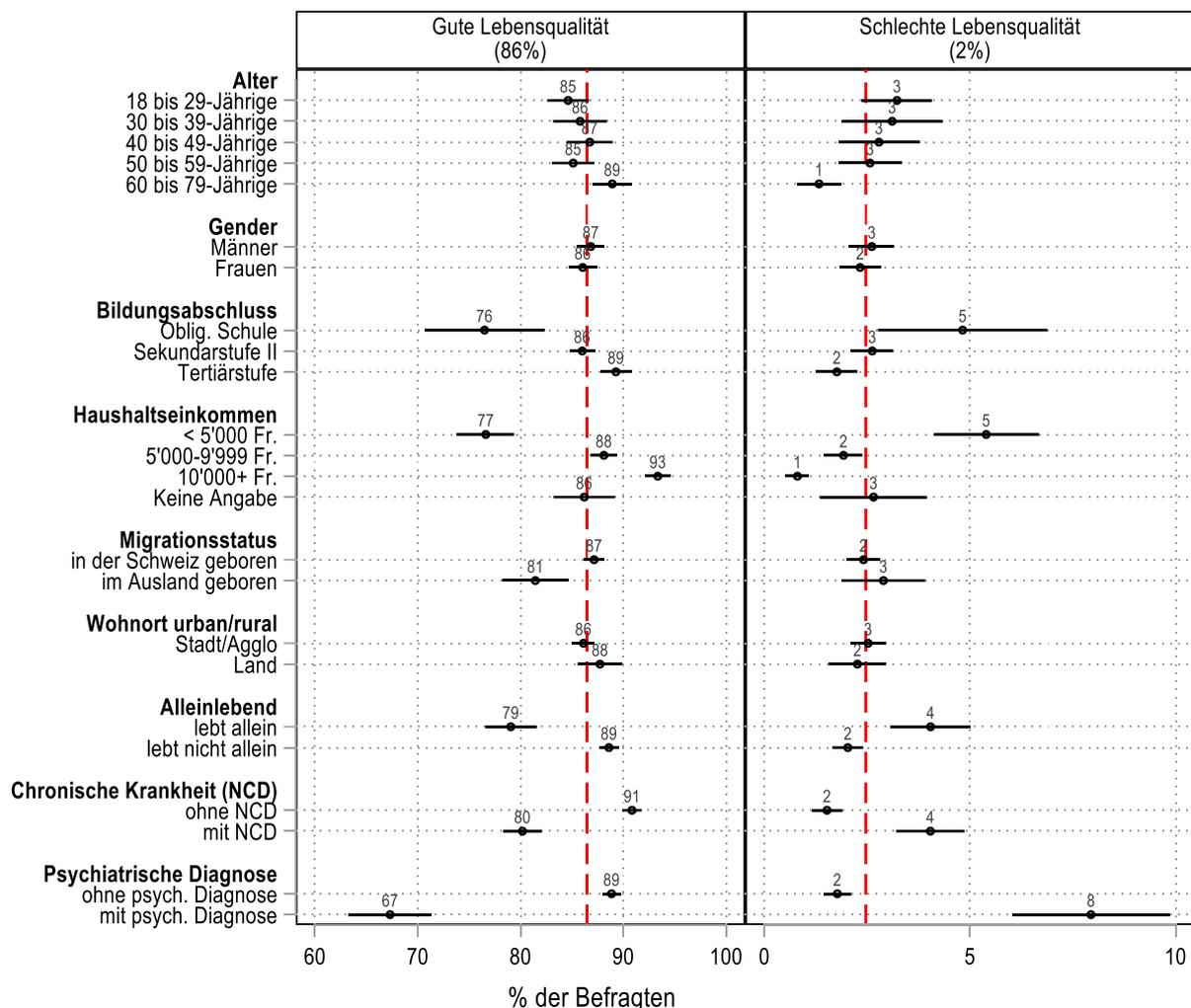
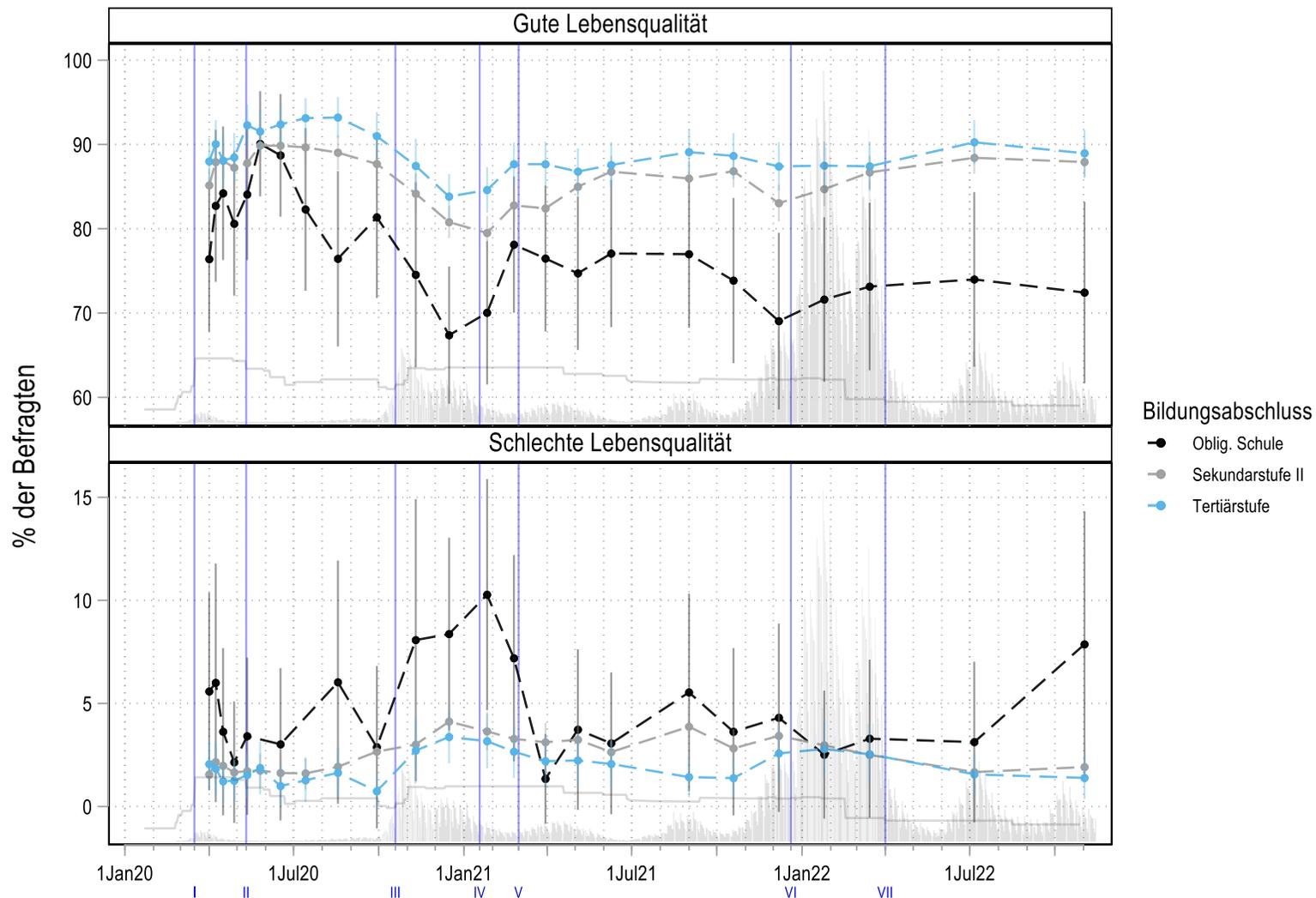


Abbildung 4: Lebensqualität nach Subgruppen – über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Prozentwert in Klammern und rote gestrichelte Linie geben den Gesamtmittelwert an. Adjustiert um Alter, Geschlecht und Landesregion.

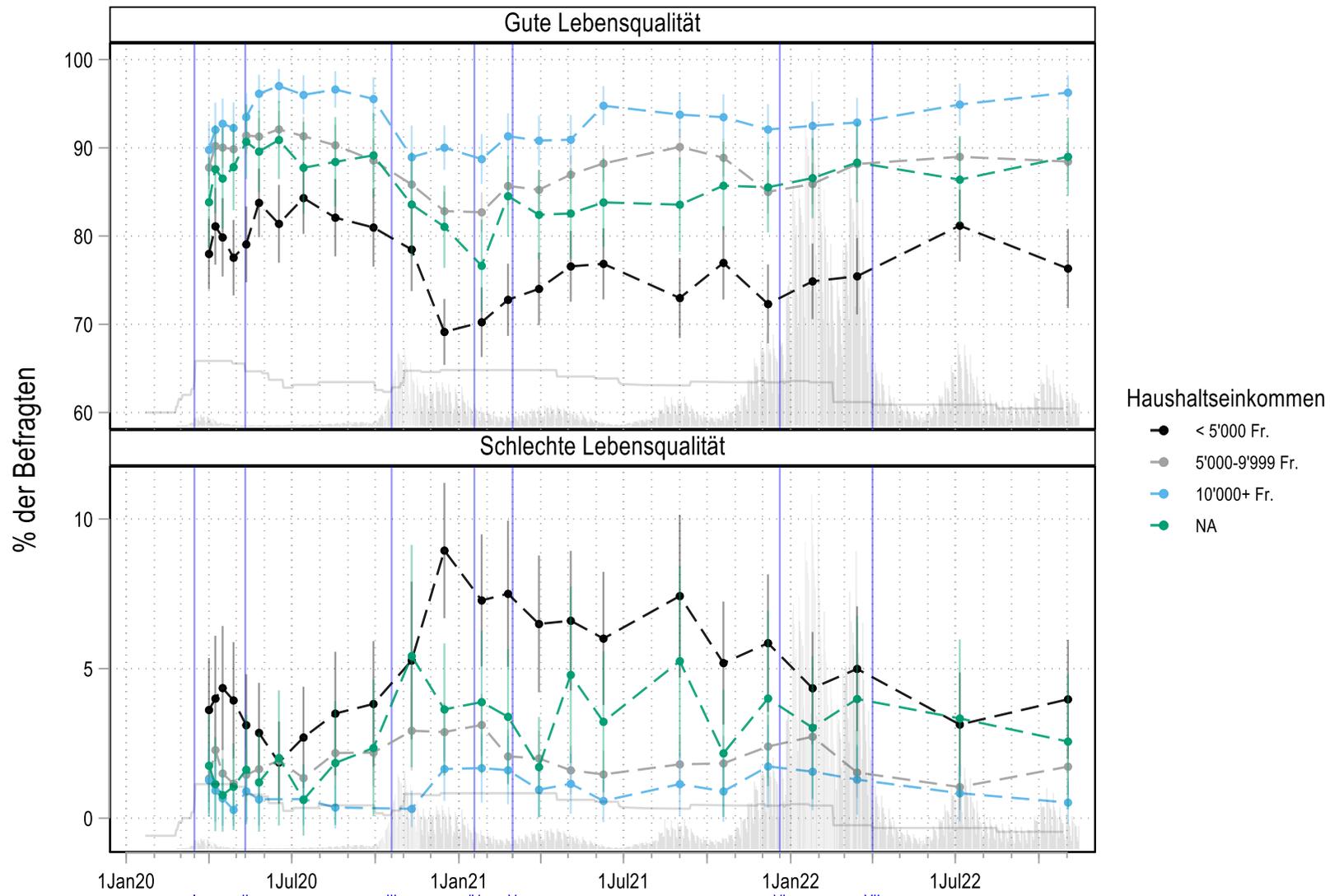
Über den Verlauf der Pandemie hinweg zeigen sich generell sehr ähnliche Verlaufsmuster der Lebensqualität einzelner Subgruppen – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau (Abbildung 5; Abbildung 6). Nur vereinzelt lassen sich leicht unterschiedliche Verläufe erkennen. Diese müssen mit Vorsicht und unter 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 5; Abbildung 6). Bei Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss lag der Anteil mit guter Lebensqualität zu Beginn des ersten Lockdowns im Frühling 2020, in der Phase der Massnahmenverschärfung, im zweiten Lockdown Anfang 2021, sowie in der ersten Omikron-Welle im Winter 2021/2022 verglichen zum jeweiligen Wert der Gesamtbevölkerung deutlich tiefer (z.B. zweiter Lockdown (Anfang 2021): Personen mit obligatorischem Schulabschluss 76%; Gesamtbevölkerung 86%). Bei Personen mit tiefem Haushaltseinkommen lag der Anteil Personen mit guter Lebensqualität im gesamten Verlauf deutlich unter dem Wert der Gesamtbevölkerung.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

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



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 6: Lebensqualität nach Haushaltseinkommen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Wie hat sich die Lebensqualität der Bevölkerung durch die Pandemie verändert? Explizit danach gefragt, schätzen in den Phasen der Pandemie mit restriktiveren Massnahmen zwei Fünftel der Befragten ihre Lebensqualität als schlechter ein im Vergleich zu vor der Pandemie (Abbildung 7). Obwohl sich die allgemeine Lebensqualität im gesamten Verlauf der Pandemie auf einem hohen Niveau befand, 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 gehabt zu haben. Für 50% änderte sich die Lebensqualität nicht. Bei der Befragung in der zweiten Lockerungsphase im Juni 2021 fanden nur noch 20% ihre Lebensqualität sei «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%.

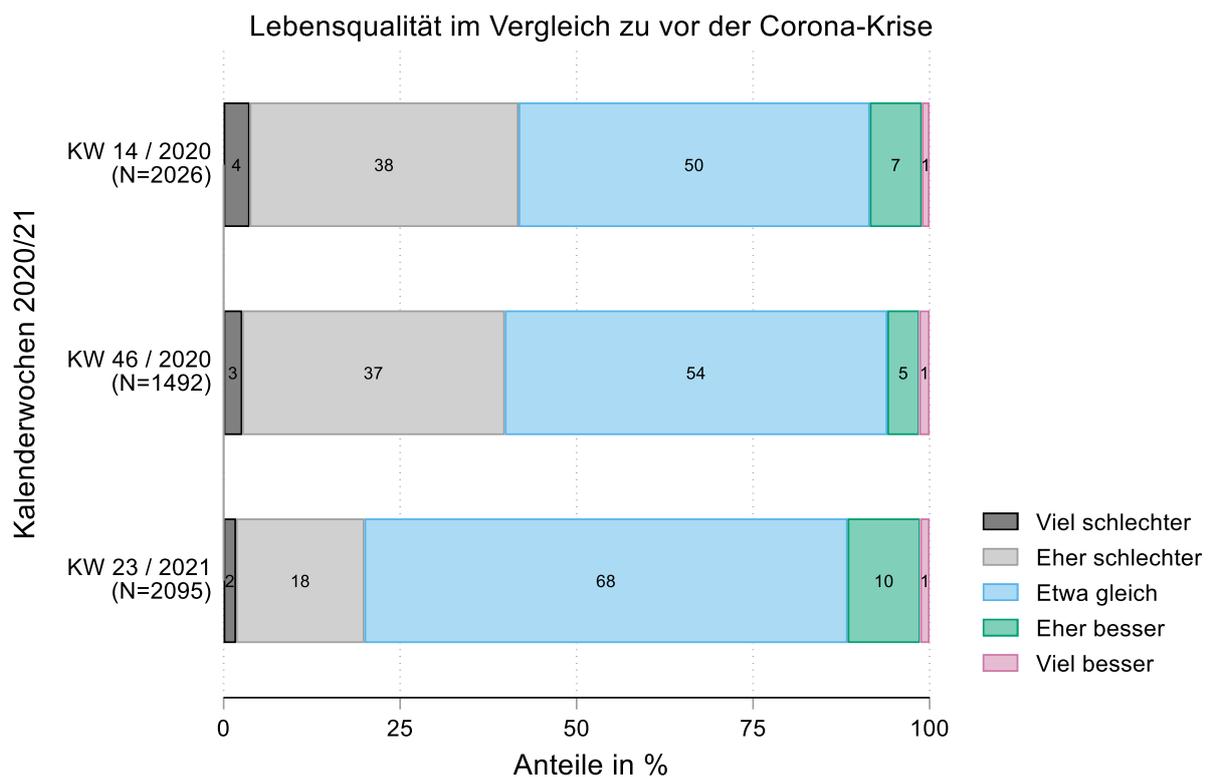


Abbildung 7: Lebensqualität im Vergleich zu vor der Corona-Krise. Zeitpunkte: KW 14/2020 liegt im ersten Lockdown, KW 46/2020 liegt in der Phase der Massnahmenverschärfung und KW 23/2021 liegt in der zweiten Lockerungsphase.

3.4 Fazit

Die Lebensqualität der Bevölkerung blieb über den gesamten Verlauf der Corona-Pandemie hinweg auf hohem Niveau – lag im ersten Lockdown (Frühling 2020) aber zwischen 7 und 4 Prozentpunkte tiefer als die Vergleichswerte aus der SGB 2017. Eine hohe Lebensqualität für die Gesamtbevölkerung trotz Corona-Pandemie finden auch diverse anderer Studien zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit in der Schweiz (Bundesamt für Statistik, 2020b; Ehrler et al., 2020b; Kuhn et al., 2021). Mit den Verschärfungen der Massnahmen im Herbst sank die Lebensqualität etwas und erreichte im zweiten Lockdown anfangs 2021 einen Tiefpunkt. Nach einer Erholung im Frühjahr und Sommer 2022 sank die Lebenszufriedenheit während der ersten Omikron-Welle im Winter 2021/2022 wieder kurzzeitig ab. Seitdem nahm sie wieder kontinuierlich zu und erreichte bei der Befragung im Juli 2022 beinahe das Niveau der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020.

Obwohl während des ersten Lockdowns die Lebensqualität auf hohem Niveau lag, gaben doch zwei Fünftel der Befragten an, eine schlechtere Lebensqualität zu haben als vor der Corona-Pandemie. 8 Prozent gaben an, die Lebensqualität während des ersten Lockdowns sei höher als vor der Corona-Pandemie, für die Hälfte der Bevölkerung änderte sich die Lebensqualität nicht. Diese vermeintliche Diskrepanz kann wohl mit dem Fragefokus begründet werden: beim retrospektiven Vergleich mit der Zeit vor der Corona-Pandemie wird die Beurteilung der Lebensqualität direkt in den Kontext der Pandemie gesetzt und entsprechend eher negativ beurteilt. Bei der Frage nach der aktuellen Lebensqualität dürften diverse Dimensionen einfließen und die Corona-Pandemie geringer gewichtet werden (Heller et al., 2002; Shin & Johnson, 1978). Möglicherweise werden auch geringe 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 geringer 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 2020 und im Winter 2021 sank die Lebensqualität dieser Gruppen teilweise deutlich, wobei der Tiefpunkt im zweiten Lockdown 2021 lag. 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

(Gute) Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem Personen ihre Fähigkeiten entfalten und normale Lebensbelastungen bewältigen können (World Health Organization, 2019). 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 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 andauernde Belastungen, welchen mit mangelhaften Bewältigungsmöglichkeiten begegnet wird, erhöhen hingegen das Risiko für eine Erkrankung und/oder deren Chronifizierung (Nater et al., 2020; Sapolsky, 2015).

Der Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit wurde für die Schweiz durch verschiedene Befragungen und methodische Ansätze evaluiert. Studien wie beispielsweise das Schweizer Haushaltspanel (SHP), welche über Referenzwerte von 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., 2020, 2021). Damit im Einklang sind auch die Ergebnisse zur psychischen Gesundheit aus der jährlichen Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC). Gemäss dieser ist der psychische Gesundheitszustand der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2020 vergleichbar mit den Vorjahren (Schuler, Tuch, Alexandre, et al., 2022).

Kritischere Befunde ergeben sich jedoch auf der Basis von Nutzungsdaten niederschwelliger Beratungsangebote (z.B. Dargebotene Hand) und von Einschätzungen von Fachpersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche einen Anstieg in Beratungsanfragen bzw. im Behandlungsbedarf in Zusammenhang mit Suizid aufzeigen (Stocker et al., 2021). Ebenfalls zu einer etwas negativeren Einschätzung gelangt der SRG Corona-Monitor: Gemäss diesem verschlechterte sich der Gemütszustand der Bevölkerung durch restriktive Massnahmen (z.B. Lockdown), jedoch zeigt sich im darauffolgenden Zeitverlauf wieder eine Verbesserung (Bosshard et al., 2021; Bühler et al., 2021). Die wiederholten Befragungen zu den Covid-19-Präventionsmassnahmen (Hermann, 2021) zeigen vergleichbare Ergebnisse. Im Rahmen der Swiss Corona Stress Study berichteten die Befragten während der Pandemie über eine Zunahme des Stressempfindens und depressiver Symptome im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie (retrospektive Beurteilung einer Gelegenheitsstichprobe) (de Quervain, Aerni,

Amini, Bentz, Coynel, Freytag, et al., 2020; de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Gerhards, et al., 2020). In den drei letztgenannten Studien wurde mit zunehmender Dauer der Pandemie eine stärkere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit festgestellt. Die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, welche Anfangs 2021 durchgeführt wurde, weisen ebenfalls darauf hin, dass die zweite Pandemie-Welle als belastender wahrgenommen wurde (von Stokar et al., 2021). Bei der Interpretation dieser Befunde gilt es zu beachten, dass sich die Studien oft auf unterschiedliche Zeiträume und Phasen der Pandemie beziehen, die Populationen teilweise nicht vergleichbar sind und Stichproben nicht auf Zufallsziehungen basieren und in der Folge stark selektiv sind.

Die Studien von (J. Jäggi et al., 2022; Stocker et al., 2020, 2021) zeigen im Forschungsüberblick auf, dass sich Ergebnisse für die Allgemeinbevölkerung von denjenigen für Subgruppen unterscheiden. Eine bereits bestehende Vulnerabilität bei Personen mit tieferem sozioökonomischem Status, sozialer Isolation, Einsamkeit, psychischen Vorerkrankungen, einer hohen Arbeitsbelastung oder Vereinbarkeitskonflikten ging einher mit einer stärkeren Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit während der Pandemie (de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Freytag, et al., 2020; de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Gerhards, et al., 2020; Ehrler et al., 2020a; Kuhn et al., 2021; Refle & Voorpostel, 2020). Zudem berichten sowohl Jugendliche und junge Erwachsene, Frauen (Bosshard et al., 2021; Craviolini et al., 2021; de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Gerhards, et al., 2020; Kessler & Guggenbühl, 2021), wie auch Personen aus der lateinischen Schweiz (de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Freytag, et al., 2020; Hermann, 2021) von einer stärkeren Beeinträchtigung. Die psychische Belastung war weiter für erwerbslose Personen und für Arbeitnehmende aus Branchen, welche von den Corona-Massnahmen stark betroffen waren, stärker ausgeprägt (de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Freytag, et al., 2020; de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Gerhards, et al., 2020; Stocker et al., 2020, 2021). Jedoch führten die veränderten Arbeitsbedingungen auch bei Personen aus weniger betroffenen Berufsfeldern (z.B. Lehrpersonen) zu einer Zunahme der psychischen Belastung (Sommerfeld et al., 2021; Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD), 2021b, 2021a).

Die bis jetzt verfügbaren Daten aus der kantonalen polizeilichen Statistik zur Suizidalität geben keine Hinweise darauf, dass Suizidversuche 2020, im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie, zugenommen haben (Stocker et al., 2020, 2021). Auch bei den realisierten Suiziden blieben die Zahlen in 2020 konstant, nur bei unter 25-jährigen Frauen wurden leicht mehr Fälle gezählt als im Vorjahr, was aber aufgrund der geringen Fallzahlen auch auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein kann (Bundesamt für Statistik, 2022). Zahlen zu den realisierten Suiziden 2021 zeigen im Vergleich zu 2019 eine leichte Zunahme innerhalb des üblichen Schwankungsbereichs um 10 auf 286 Fälle bei den Frauen und eine leichte Abnahme um 23 auf 719 Fälle bei den Männern (Bundesamt für Statistik, 2023). Ein davon abweichendes Bild geben Nutzungsdaten von niederschweligen Beratungsangeboten (z.B. Dargebotene Hand) und Einschätzungen von Fachpersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche einen Anstieg in Beratungsanfragen bzw. Behandlungsbedarf im Zusammenhang mit Suizid

aufzeigen (Stocker et al., 2021). Auch Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche haben zwischen 2017 und 2020 deutlich zugenommen, insbesondere bei Mädchen und Frauen zwischen 0 und 18 Jahren (Schuler, Tuch, Alexandre, et al., 2022).

Die Erkenntnisse aus der Schweiz sind mehr oder weniger im Einklang mit Studien aus anderen westlichen Ländern. Beispielsweise zeigen Erhebungen aus den USA, dem Vereinigten Königreich und Deutschland, dass die psychische Gesundheit im Frühjahr 2020 (Erster Lockdown) 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, dass auf die Zunahme der psychischen Belastung im Frühjahr 2020 eine Abnahme und Stabilisierung folgte (Daly & Robinson, 2021). Die gefundenen Risikofaktoren für eine erhöhte Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit sind 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; Pan et al., 2021; Pfefferbaum & North, 2020).

Unsere Erkenntnisse zur psychischen Belastung und Gesundheit der Allgemeinbevölkerung und den verschiedenen Subgruppen sind überwiegend übereinstimmend mit Schlussfolgerungen aus umfassenden internationalen Übersichtsartikeln (Leung et al., 2022; Shanbehzadeh et al., 2021; Vindegaard & Benros, 2020). Trotzdem gilt es zu beachten, dass die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zwischen verschiedenen Ländern deutlich variieren konnte. So war die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit in afrikanischen und asiatischen Ländern besonders hoch (Kar et al., 2020) und Daten aus anderen Ländern (z.B. Indien, Südkorea, Bangladesch) zeigen, dass die Corona-Pandemie zu mehr Suizidversuchen und Suiziden führte (C. J. Jäggi, 2021; Kar et al., 2020).

4.2 Indikatoren

Psychische Gesundheit bzw. psychische Belastung wird im Covid-19 Social Monitor anhand von vier Fragen erfasst (Tabelle 5). Das Item zu Stressempfinden wurde aus dem Fragenkatalog des Schweizer Haushalts-Panels 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 Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) verwendet wird (Bundesamt für Statistik, 2020a). Die Cut-Off-Werte für erhöhte bzw. stark erhöhte psychische Belastung orientieren sich am Index zur psychischen Belastung der SGB (Bundesamt für Statistik, 2020a). Dabei gilt zu beachten, dass der Indikator «Erhöhte psychische Belastung»⁴ auf eine nachweisbare klinische und psychische Störung hinweist, während die «Stark erhöhte psychische Belastung»⁵ auf eine hochgradig klinisch bedeutsame psychische Störung hinweist. Der Indikator «Depressive

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

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

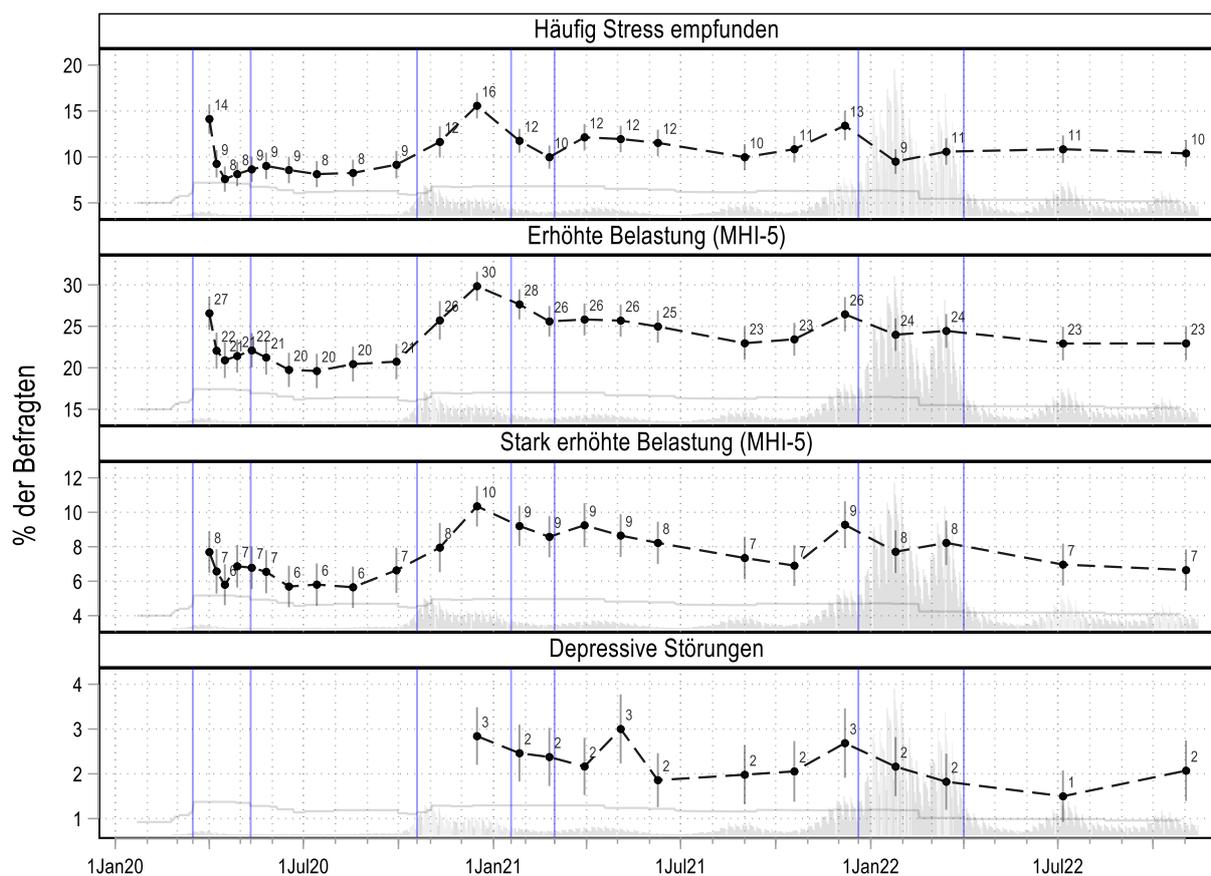
Indikator	Fragelaut/Antwortmöglichkeiten
Häufig Stress empfunden	Wie oft haben Sie Stress empfunden während der letzten 7 Tage? <i>Häufig/Sehr oft vs. (Nie/Selten/Manchmal)</i>
Erhöhte psychische Belastung Stark erhöhte psychische Belastung	Wie haben Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt? Sehr nervös 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 8). Während des ersten Lockdowns im Frühling 2020 und der Phase der Massnahmenverschärfung Ende 2020 berichteten mehr Befragte über häufiges Stressempfinden und höhere psychische Belastung als in der restlichen Beobachtungsperiode. Der Anteil fiel Ende 2020 am höchsten aus: Rund 16% der Befragten waren im Dezember 2020 häufig oder sehr häufig gestresst, 30% berichteten über eine moderate oder hohe psychische Belastung, 10% von einer starken psychischen Belastung. Diese Prävalenz ist im Vergleich zu den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 (15% mit moderater oder hoher psychischer Belastung) klar höher. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus den Vorjahren (2007 berichteten 17%, 2012 18% der befragten Personen über eine moderate oder hohe psychische Belastung), fällt dieser Effekt etwas geringer aus (Schuler et al., 2020). Sowohl das

Stressempfinden wie auch die psychische Belastung gehen in der ersten und zweiten Lockerungsphase zurück und stabilisieren sich auf einem leicht, aber nicht stark höheren Niveau wie vor der Pandemie. Mit der ersten Omikron-Welle (Winter 2021/2022) ist für alle drei Indikatoren ein erneuter leichter Anstieg zu erkennen. Nach Aufhebung aller Massnahmen im Frühling 2022 zeigt sich eine erneute Stabilisierung der Indikatoren auf tiefem Niveau.

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 bis über die Aufhebung der Massnahmen hinaus, berichteten konstant 2% bis 3% (im Juli 2022 1%) der Befragten über depressive Symptome, was Werten entspricht, wie sie auch in früheren Studien gefunden wurden (Baer et al., 2013). Zusammenfassend lässt sich in unseren Daten entsprechend keine breite Zunahme depressiver Störungen während der Pandemie feststellen.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 8: Psychische Gesundheit im Verlauf der Covid-19-Pandemie. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Einhergehend mit bisherigen Studien (J. Jäggi et al., 2022; Stocker et al., 2020, 2021) unterscheidet sich die psychische Gesundheit zwischen Subgruppen der Befragten. Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigen die psychische Gesundheit anhand der vier Indikatoren nach ausgewählten Subgruppen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Bei allen vier Indikatoren zeigte sich bei jüngeren Personen (18- bis 29-Jährige) eine höhere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als bei älteren Personen (60- bis 79-Jährige). Eine schlechtere psychische Gesundheit zeigt sich ebenfalls für Personen mit chronischer Krankheit (NCD), mit einem tiefen Haushaltseinkommen (< 5'000 Fr.), für im Ausland geborenen Personen und für Personen mit bestehender psychiatrischer Diagnose.

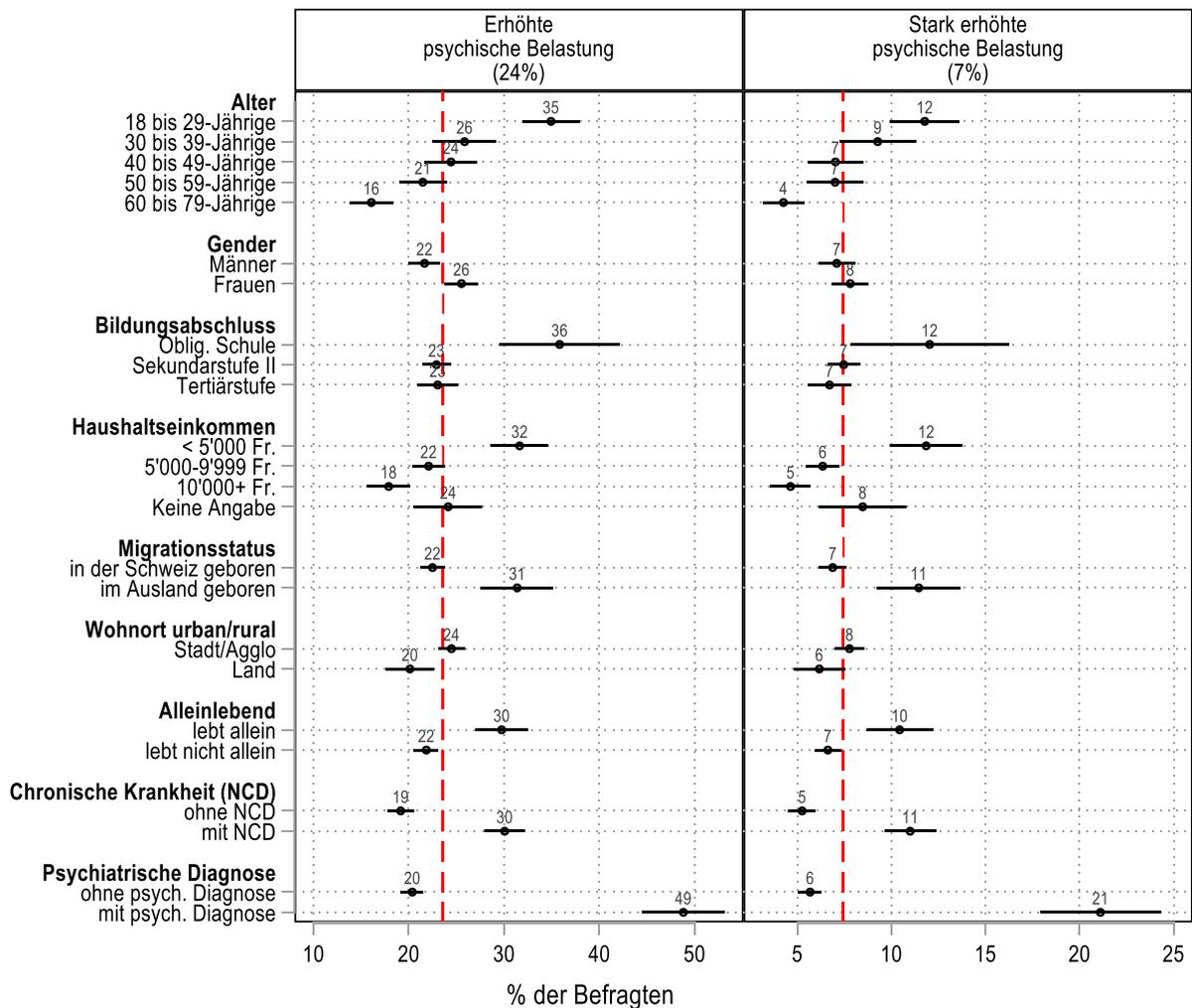


Abbildung 9. Psychische Belastung nach Subgruppen – über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Wert in Klammern und rote gestrichelte Linie geben den Gesamtmittelwert an. Adjustiert um Alter, Geschlecht und Landesregion.

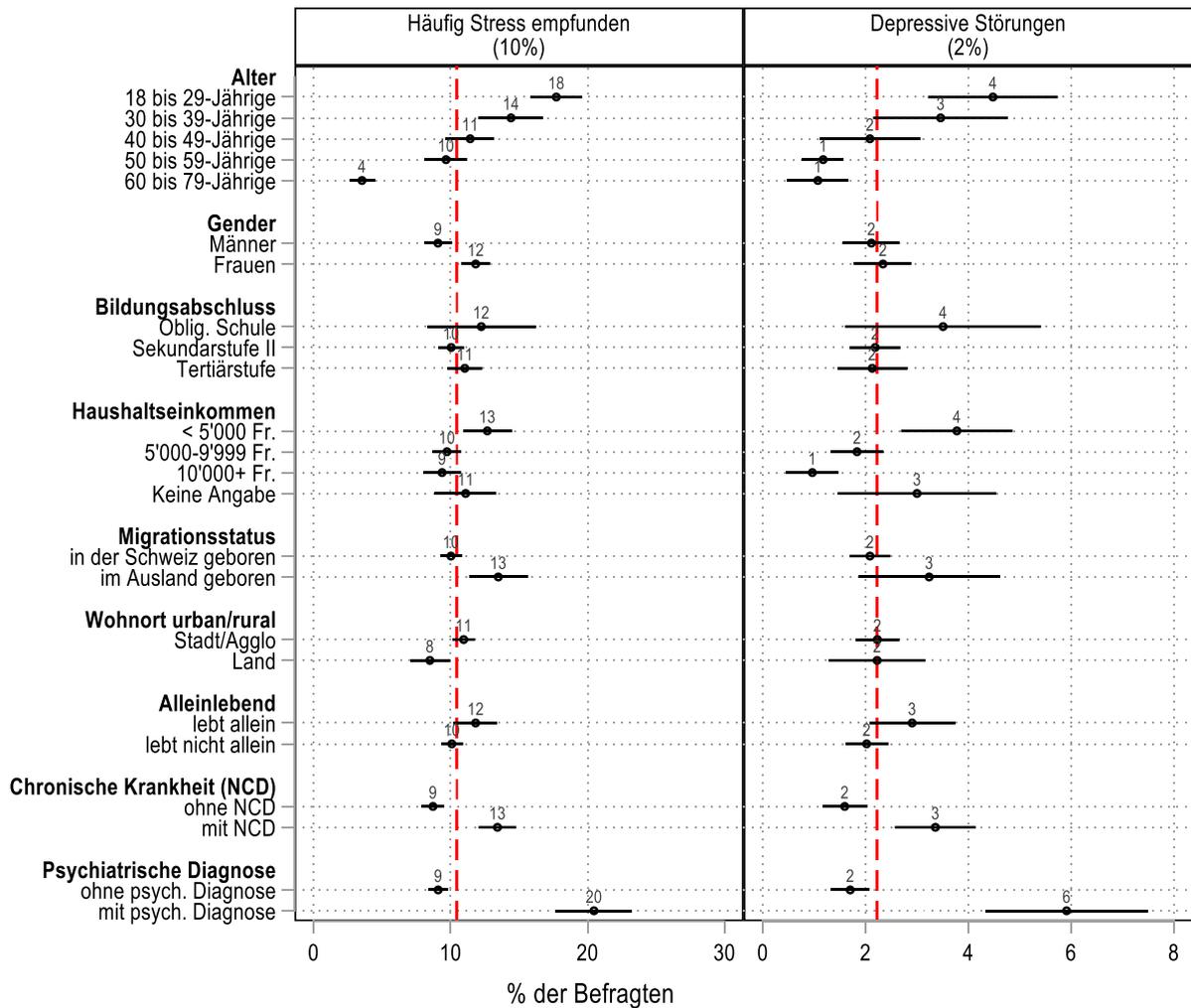


Abbildung 10. Stressempfinden und depressive Störungen – über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Wert in Klammern und rote gestrichelte Linie geben den Gesamtmittelwert an. Adjustiert um Alter, Geschlecht und Landesregion.

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

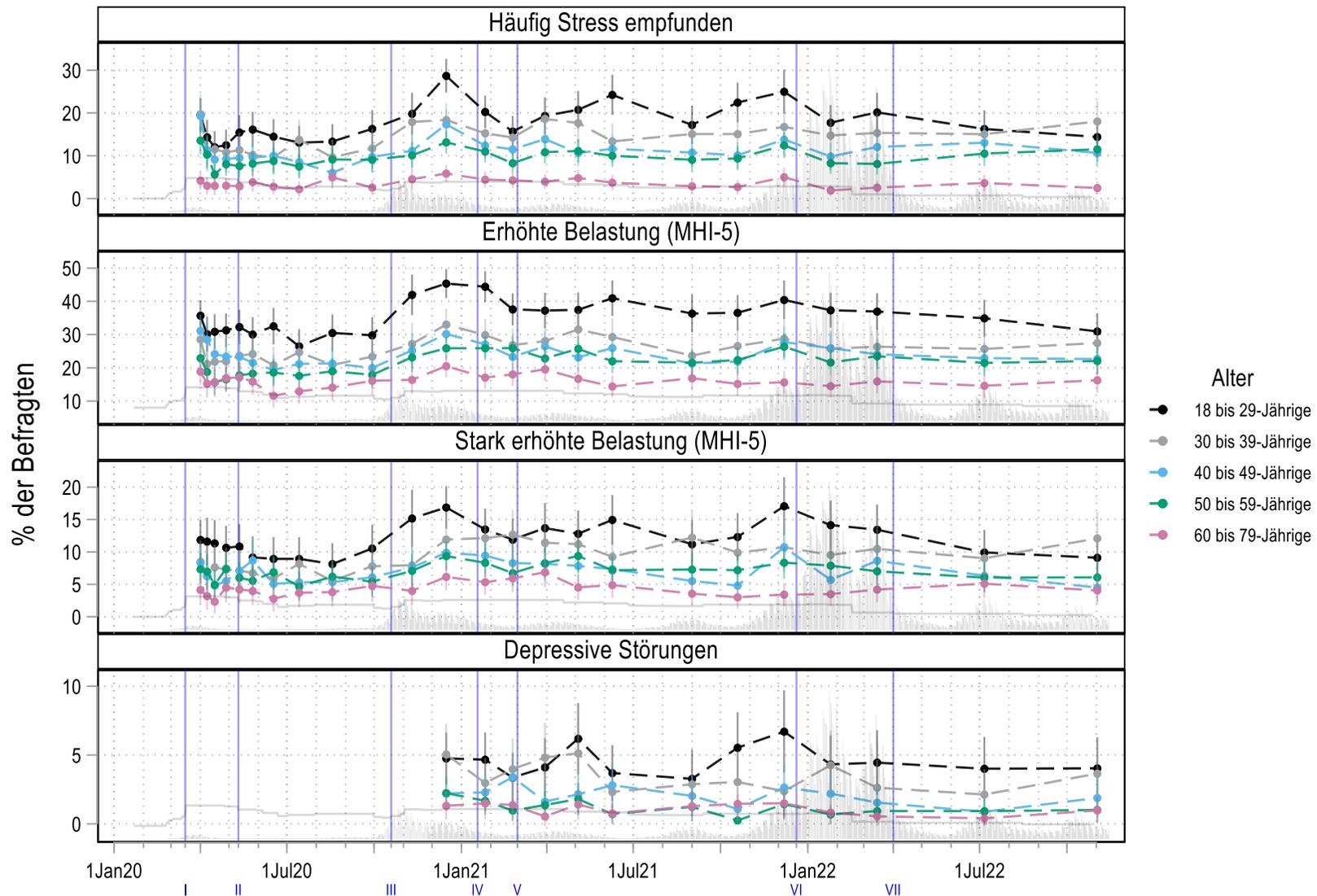
Im Zeitverlauf zeigte sich für jüngere Personen (18- bis 29-Jährige) durchgehend ein höheres Stressempfinden, höhere psychische Belastungen und mehr depressive Störungen als bei älteren Personen (60- bis 79-Jährige). Diese Tendenz bleibt auch nach Aufhebung aller Massnahmen bestehen, jedoch gleichen sich die Werte leicht an (Abbildung 11). Die Verläufe der vier Indikatoren weisen bei den jüngeren (18- bis 29-Jährige) im Vergleich zu älteren Personen (60- bis 79-Jährige) stärkere Schwankungen auf. Personen mit tiefem Haushaltseinkommen berichten häufiger über höhere psychische Belastungen und depressive Störungen als Personen mit hohem Haushaltseinkommen. Dieses Muster bleibt auch nach der

Aufhebung der Massnahmen bestehen (Abbildung 12). Beim Stressempfinden zeigen sich im Zeitverlauf dagegen geringere Unterschiede bezüglich des Haushaltseinkommens.

Auch beim Vergleich von Personen mit und ohne bestehende und/oder aktuelle psychiatrische Diagnose zeigt sich ein ähnliches Verlaufsmuster auf sehr unterschiedlichem Niveau (Abbildung 13). Personen mit psychiatrischer Diagnose berichten in allen Phasen der Pandemie deutlich häufiger über hohes Stressempfinden und hohe psychische Belastung. Beispielsweise berichteten im Dezember 2020 60% der Befragten mit einer psychiatrischen Diagnose über eine erhöhte psychische Belastung, bei den Personen ohne psychiatrische Diagnose dagegen nur 26%.

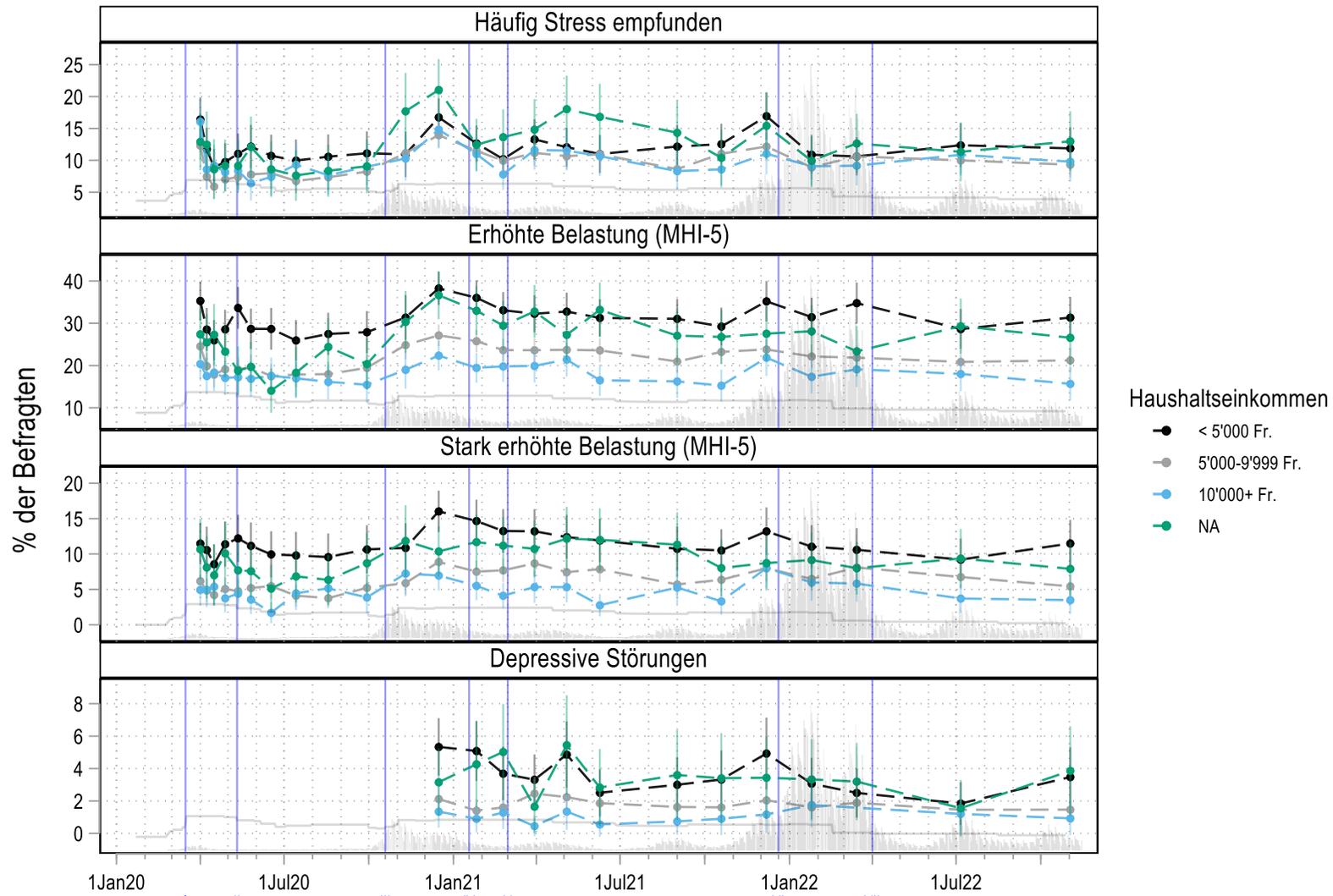
4.4 Fazit

Die Indikatoren zur psychischen Gesundheit zeigen für den ersten Lockdown im Frühling 2020, die Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst 2021 und den zweiten Lockdown anfangs 2021, wie auch für die Omikron-Welle im Winter 2021/2022 leichte Verschlechterungen für die Gesamtbevölkerung. Während dieser Phasen waren das Stressempfinden und auch die psychische Belastung erhöht, in der Phase der Massnahmenverschärfung am stärksten. Dies zeigt, dass die schwierigere pandemische Lage und/oder die verstärkten Massnahmen zu einem Anstieg von Stress und psychischer Belastung in der Bevölkerung führten (Schuler et al., 2020). Der geringere Anstieg von Stressempfinden und psychischer Belastung während der ersten Omikron-Welle (Winter 2021/2022) spricht für einen gewissen «Gewöhnungseffekt» (Hermann, 2021; Stocker et al., 2021). Sowohl das Stressempfinden wie auch die psychische Belastung sanken in der ersten und zweiten Lockerungsphase und nach der Aufhebung aller Massnahmen wieder (Hermann, 2021; Stocker et al., 2021). Dies entspricht anderen Studien, welche kurzfristige Änderungen der psychischen Gesundheit, jedoch auch wieder eine schnelle Erholung feststellen (Bosshard et al., 2021; Bühler et al., 2021). Referenzwerte zur psychischen Belastung, welche vor der Pandemie erhoben wurden (z.B. SGB), zeigen etwas tiefere Werte als unsere Daten. 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.



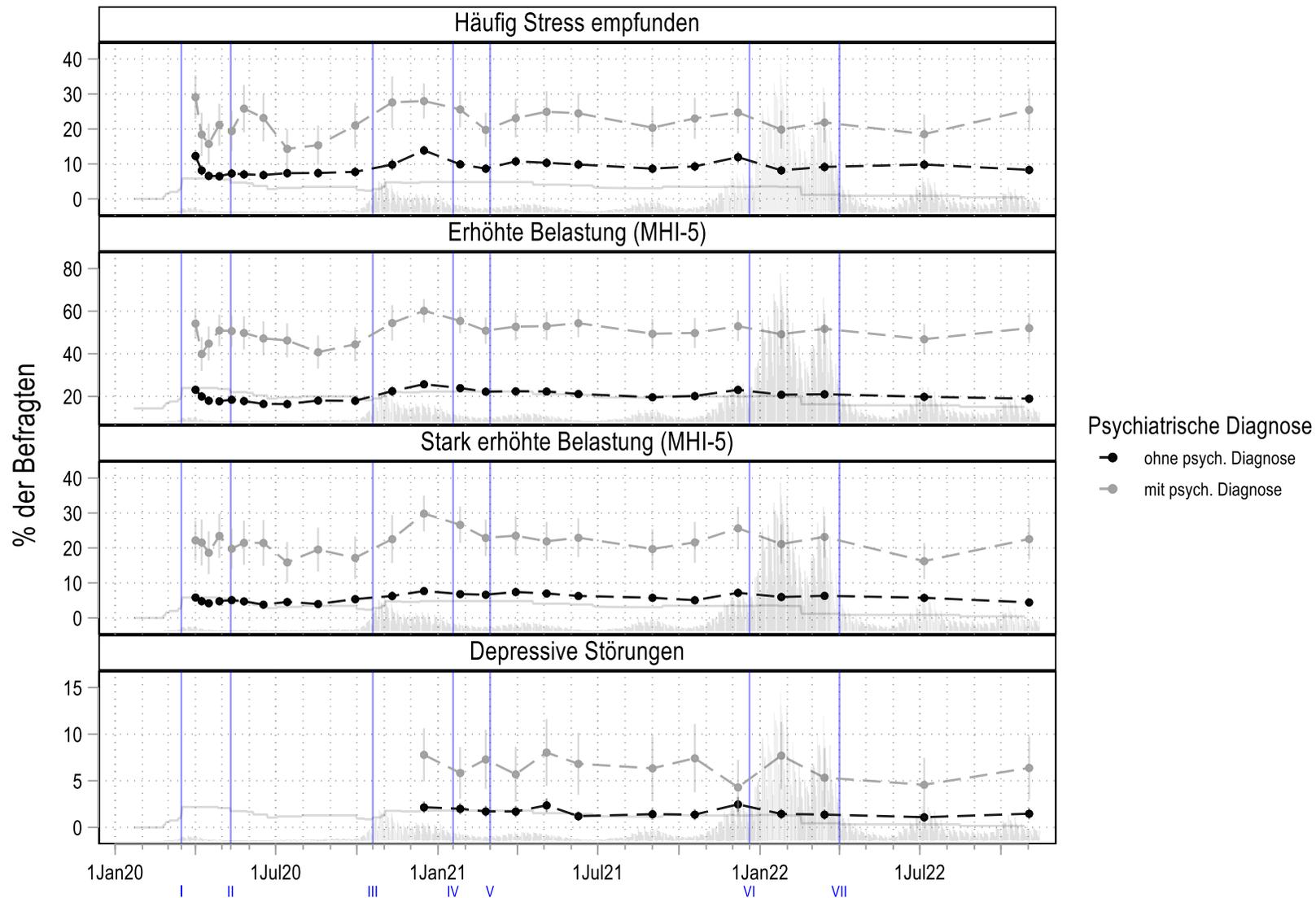
I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

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



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

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



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 13. Psychische Gesundheit nach psychiatrischer Diagnose. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall

Eine schlechtere psychische Gesundheit ging mit dem Vorhandensein von bekannten Vulnerabilitätsfaktoren einher. Die psychische Gesundheit war bei Jüngeren, bei Personen mit chronischer Vorerkrankung, tieferem Bildungsabschluss, tieferem Haushaltseinkommen, Migrationserfahrung und bei Personen mit ehemaliger oder aktueller psychiatrischer Diagnose stärker beeinträchtigt. Dies korrespondiert mit anderen Studien (Bosshard et al., 2021; Bühler et al., 2021; de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Freytag, et al., 2020; de Quervain, Aerni, Amini, Bentz, Coynel, Gerhards, et al., 2020; J. Jäggi et al., 2022; Kuhn et al., 2021; Stocker et al., 2020, 2021). Besonders hohe Belastungswerte wiesen 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 gestützt durch die Betrachtung des Stressempfindens von Befragten mit und ohne Kinder im Haushalt (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>). Im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 berichteten Personen mit Kindern im Haushalt zuerst über ein höheres Stressempfinden als solche ohne Kinder. Ein Grund dafür waren der Fernunterricht zu Hause, sowie der Wegfall von Betreuungsmöglichkeiten. Noch vor der Wiederöffnung der Schulen sank das Stressempfinden aber wieder und war vergleichbar mit demjenigen von Personen ohne Kinder. Den meisten Eltern scheint es gelungen zu sein, sich an die neue Situation anzupassen bzw. Hilfe und Ressourcen zu nutzen.

Inwiefern die beobachtbaren Veränderungen im Verlauf der psychischen Befindlichkeit mit anderen Faktoren wie etwa saisonalen Schwankungen 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 in der Phase der Massnahmenverschärfung anfangs 2021 bzw. rund um die Omikron-Welle im Winter 2021/2022 darstellen (Kasper & Möller, 2004). Ebenfalls gilt es zu beachten, dass die psychischen Auswirkungen der Pandemie in Einzelfällen durchaus viel stärker ausgefallen sind – insbesondere bei Personen mit wenig Ressourcen oder bestehenden psychischen Problemen. Aussagen zu solchen Gruppen sind mit unserer Studie allerdings nicht möglich, da die Fallzahlen zu klein sind.

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 Bevölkerung an, dass sie sich ziemlich häufig oder sehr häufig einsam fühlten (Hämmig, 2019). Dieser Prozentsatz variiert nach Altersgruppe und ist bei 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 (4.7%).

Einsamkeit wird mit diversen negativen Folgen für die Gesundheit in Verbindung gebracht: z.B. koronare Herzkrankheiten, Schlaganfall, Depression, Demenz und verfrühte Heimeintritte sowie erhöhte Sterblichkeit, (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 über 65-Jährigen gut untersucht. Zu 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 einhergingen. Diese Studien waren häufig auf ältere Personen beschränkt. Die grosse Mehrheit der longitudinalen Studien zeigen, dass Einsamkeit während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie zunahm (Eliassen et al., 2022; Gustafsson et al., 2022; Macdonald & Hülür, 2021; Seifert & Hassler, 2020; Stolz et al., 2021; van der Velpen et al., 2022; Wester et al., 2022). Allerdings fehlen langfristige Studien über den Pandemieverlauf hinweg wie die unsere bisher weitgehend. Bisher erschienene Studien zeigen, dass insbesondere junge Erwachsene, Frauen, Alleinlebende und Personen mit gesundheitlichen (somatischen oder psychischen) Einschränkungen sich während der Pandemie einsamer fühlten als ihre Vergleichsgruppen (Bu et al., 2020b; Groarke et al., 2020; van der Velpen et al., 2022; Wester et al., 2022; Wilson-Genderson et al., 2022; Zaninotto et al., 2022). Ein grösseres soziales Netzwerk, mehr soziale Kontakte, besser wahrgenommene soziale Unterstützung oder grössere Zufriedenheit mit der Kommunikation mit Anderen waren schützende Faktoren (Macdonald & Hülür, 2021; Tomaz et al., 2021).

5.2 Indikatoren

Unser verwendeter Indikator basiert 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) wurde im Covid-19 Social Monitor eine 5-stufige

Antwortskala benutzt, um die Konsistenz mit anderen Antwortskalen der Befragung zu gewährleisten.

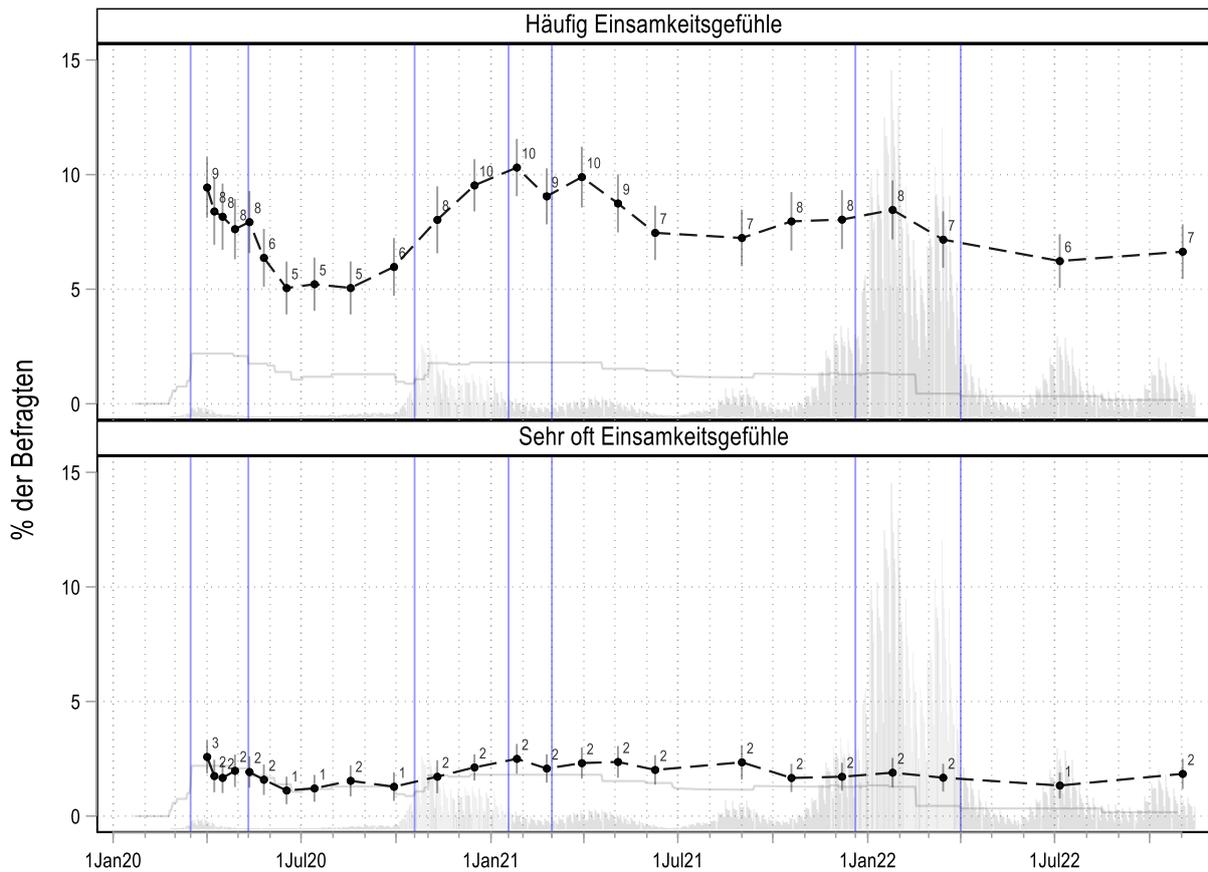
Tabelle 6: Verwendeter Indikator zur Messung der Einsamkeit

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

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 SGB 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 14). Im ersten Lockdown des Frühlings 2020 lag dieser Anteil zu Beginn bei 9% und fiel dann ganz leicht auf 8%. In der ersten Lockerungsphase sank der Wert weiter bis auf 5% und stieg in der Phase der Massnahmenverschärfung wieder auf 10% an. Im zweiten Lockdown anfangs 2021 blieb der Wert hoch (9%–10%) und sank in der zweiten Lockerungsphase im Frühling 2021 weniger deutlich ab als im Jahr davor (7%). Während der ersten Omikron-Welle im Winter 2021/2022 stieg der Anteil weniger stark als im vorhergehenden Winter (7%-8%) trotz deutlich höherer Ansteckungszahlen. Im weiteren Verlauf des Jahres 2022 blieben die Anteile an Personen mit häufigen Einsamkeitsgefühlen relativ stabil bei 6% bis 7% der Befragten. Der Anteil Befragter mit «sehr häufigen» Einsamkeitsgefühlen lag über die gesamte Befragungsperiode auf einem tiefen Niveau, d.h. fast durchgehend bei 2%. Zu Beginn des ersten Lockdowns im Frühling 2020 erreichte dieser Anteil ein Maximum mit 3% und im Sommer 2020 sowie im Sommer 2022 ein Minimum von 1% (Abbildung 14).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 14: Häufige und sehr häufige Einsamkeitsgefühle im Verlauf der Covid-19-Pandemie. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Einige Subgruppen waren stärker von häufigen Einsamkeitsgefühlen betroffen als andere (Abbildung 15). Entgegen verbreiteten Befürchtungen waren nicht die Seniorinnen und Senioren (60- bis 79-Jährige), sondern die jungen Erwachsenen (18- bis 29-Jährige) am stärksten von Einsamkeitsgefühlen betroffen. Weiter waren Personen mit tiefem Einkommen (<5'000 Fr.) stärker von Einsamkeit betroffen als Personen mit mittlerem (5'000-9'999 Fr.) Einkommen und – am wenigsten – Personen mit hohem Einkommen (10'000+ Fr.). Auch Personen mit Migrationserfahrung und Personen mit chronischen Krankheiten (NCD) waren häufiger von Einsamkeitsgefühlen betroffen. Die höchsten Anteile an häufig und sehr oft einsamen Personen fanden sich bei Personen mit psychiatrischer Diagnose (irgendwann im Leben) und bei Alleinlebenden. Kein Unterschied fand sich in Bezug auf das Geschlecht oder den Wohnort (ländlich versus Stadt/Agglomeration).

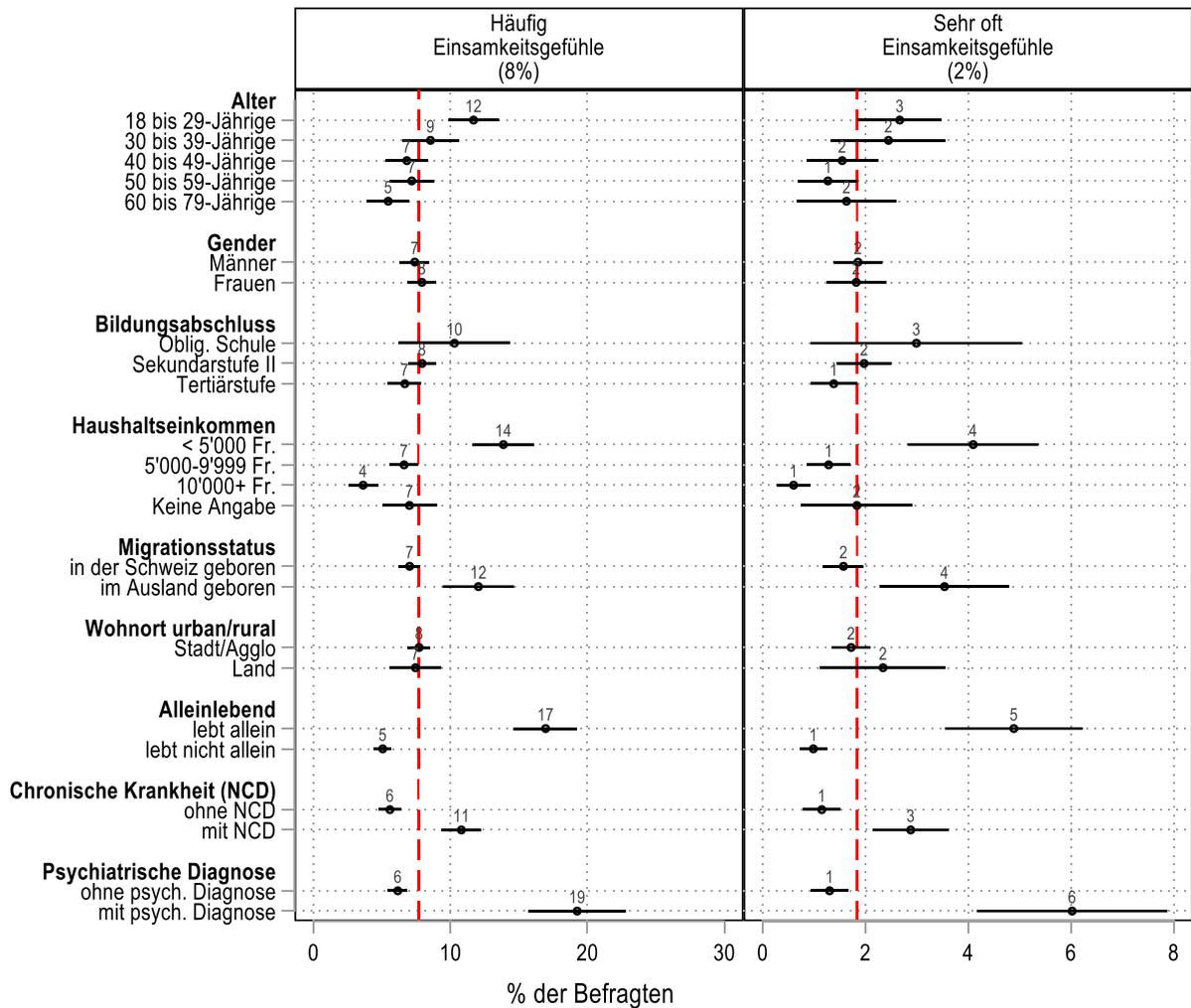
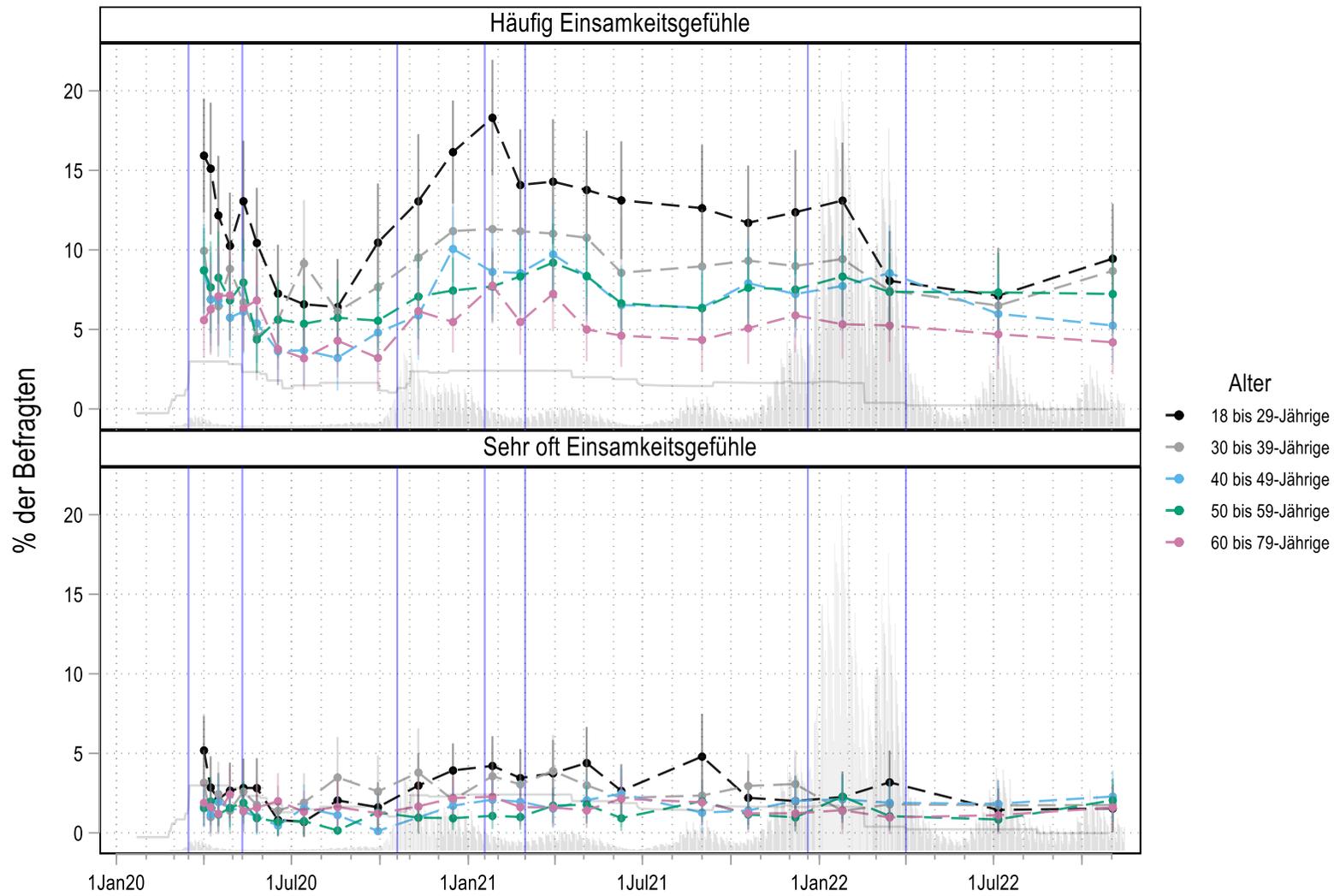


Abbildung 15: Einsamkeit nach Subgruppen – über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Wert in Klammern und rote gestrichelte Linie geben den Gesamtmittelwert an. Adjustiert um Alter, Geschlecht und Landesregion.

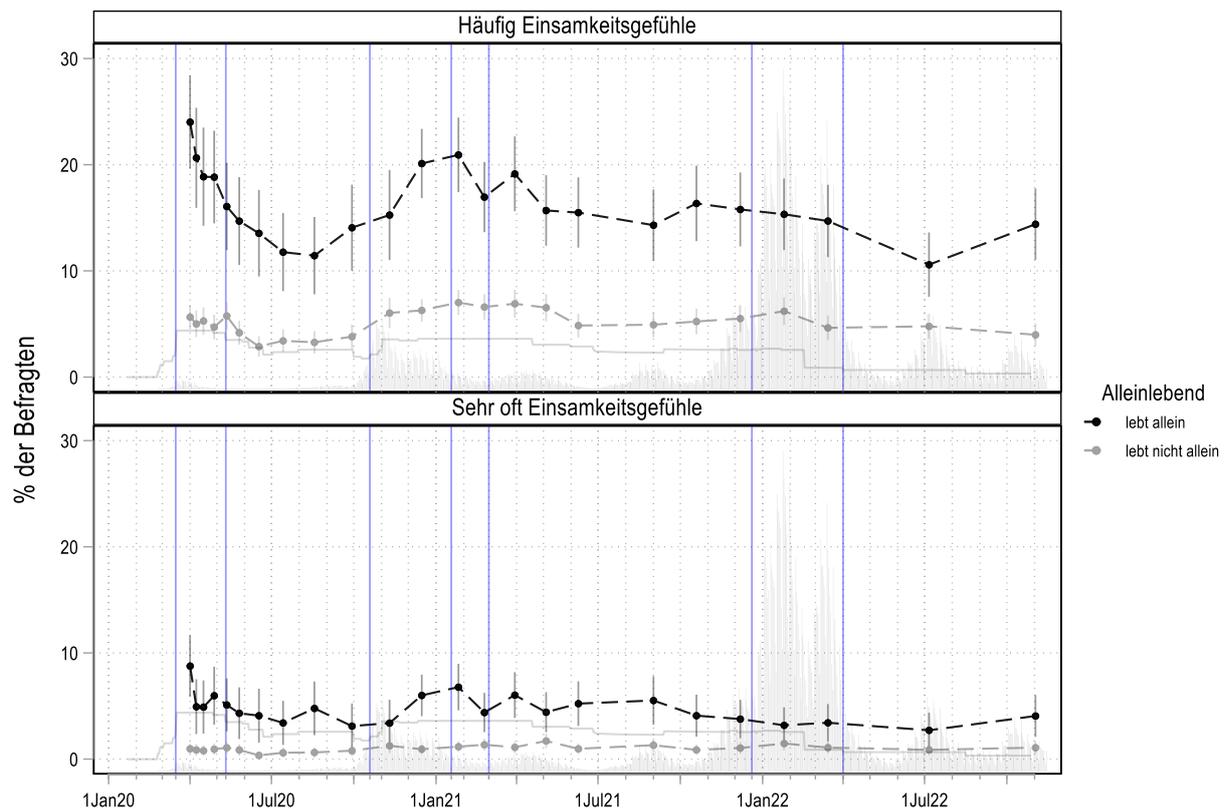
Bei der Betrachtung des zeitlichen Verlaufs zeigt sich deutlich, dass junge Erwachsene generell stärker von Einsamkeit betroffen waren als andere Altersgruppen und viel deutlichere Zunahmen in Phasen mit starken Einschränkungen der sozialen Aktivitäten verzeichneten (Abbildung 16). Dies gilt am ausgeprägtesten für die Zeit des ersten Lockdowns im Frühling 2020 und den Höhepunkt des zweiten Lockdowns im Winter 2021. Dieser Befund ist interessant, weil sich nicht die Jungen, sondern die Bevölkerungsgruppe der 60 bis 79-Jährigen im ersten Lockdown besonders stark in ihren sozialen Kontakten einschränkte. So verliessen z.B. 6% dieser Gruppe das Haus während mindestens einer Woche nicht, im Gegensatz zu nur 2% der Gesamtbevölkerung (vgl. <https://covid19.ctu.unibe.ch/>). Der Anteil der jungen Erwachsenen, welche sich häufig einsam fühlten, blieb auch in der zweiten Lockerungsphase im Sommer 2021 hoch (13%-14%) und behielt ein hohes Niveau während der ersten Omikron-Welle im Winter 2021/2022. Erst kurz vor Aufhebung der Massnahmen im Frühling 2022 glichen sich die Anteile über alle Altersgruppen wieder stark an (5%-9%).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 16: Einsamkeit nach Alter. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

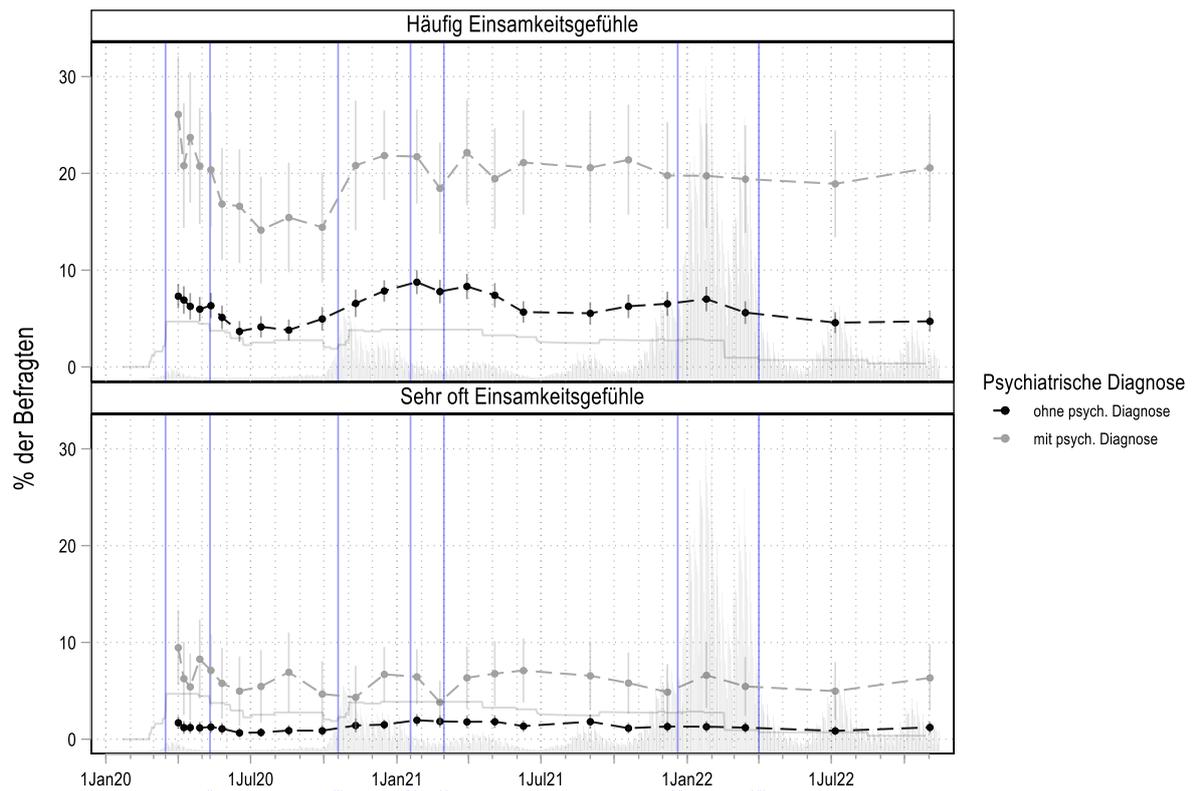
Für Alleinlebende zeigt sich für «häufig Einsamkeitsgefühle» generell ein höheres Niveau im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (z.B. erster Messwert im ersten Lockdown Frühling 2020: Alleinlebende (24%), Gesamtbevölkerung (9%), Abbildung 17). Die Anteile zeigen einen ähnlichen Verlauf wie die Gesamtbevölkerung: erster und zweiter Lockdown hoch, Normalisierung in der ersten Lockerungsphase und – wenn auch weniger ausgeprägt – in der zweiten Lockerungsphase.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 17: Einsamkeit nach alleinlebend/nicht alleinlebend. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Bei Personen mit psychiatrischer Diagnose liegt der Anteil mit häufigen Einsamkeitsgefühlen konstant auf einem deutlich höheren Niveau im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Abbildung 18). Besonders hoch waren die Einsamkeitswerte im ersten Lockdown im Frühling 2020 (21%-26%). In der ersten Lockerungsphase sanken diese Werte deutlich auf 14%-17%. Mit der Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 stiegen die Anteile wieder auf 21%-22% an und sanken erst gegen Ende des zweiten Lockdowns anfangs 2021 wieder marginal auf 18%. Im gesamten weiteren Verlauf der Beobachtungszeit verharrte dieser Anteil in der Gruppe mit psychiatrischer Diagnose mit 19%-21% auf hohem Niveau.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 18: Einsamkeit nach psychiatrischer Diagnose. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

5.4 Fazit

Unsere Analysen zeigen, dass sich während Phasen mit starken Einschränkungen in Bezug auf Mobilität und soziale Kontakte deutlich mehr Personen einsam fühlten als während anderen Phasen. Insbesondere der erste Lockdown im Frühling 2020 ist von einem hohen Anteil sich einsam fühlender Personen gekennzeichnet. Während der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020 reduzierte sich dieser Anteil und erreichte ein Minimum. In der zweiten Lockerungsphase im Frühling 2021 kann keine so deutliche Reduktion der Anteile an Einsamen mehr beobachtet werden. Im Vergleich zu den Daten der SGB, wonach sich 4% der Schweizer Bevölkerung «ziemlich häufig» oder «sehr häufig» einsam fühlten (Hämmig, 2019), finden wir während der Covid-19-Pandemie deutlich höhere Werte von bis zu 10%, die sich «häufig» oder «sehr oft» einsam fühlten. Nur während der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020 waren die Anteile mit einem Wert von minimal 5% ähnlich tief. Obwohl die SGB-Daten mit unseren nicht eins zu eins vergleichbar sind (leicht andere Antwortkategorien, unterschiedliche Stichprobenziehung) und der Einfluss saisonaler Effekte nicht ausgeschlossen werden kann: die gefundenen Differenzen sind so deutlich, dass durchaus von einer deutlichen Zunahme der Einsamkeit während der Pandemie gesprochen werden kann. Dies wird auch durch den überwältigenden Teil der internationalen Studien bestätigt, welche dies mit Daten vor und während Lockdowns untersucht haben (Eliassen et al., 2022; Gustafsson et al., 2022;

Macdonald & Hülür, 2021; Seifert & Hassler, 2020; Stolz et al., 2021; van der Velpen et al., 2022; Wester et al., 2022).

Wir finden die grössten Veränderungen in Bezug auf Einsamkeit bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren. Auch dieses ist im Einklang mit anderen Studien (Bu et al., 2020b; Groarke et al., 2020). Weiter zeigen unsere Daten, dass Personen mit bestehender psychiatrischer Diagnose, Alleinlebende und Personen mit tieferem Einkommen während der Pandemie stärker von Einsamkeit betroffen waren – ein Befund der von anderen Studien bestätigt wird (Bu et al., 2020b, 2020a; Gustafsson et al., 2022; Seifert & Hassler, 2020; Stolz et al., 2021; van der Velpen et al., 2022; Wester et al., 2022; Zaninotto et al., 2022). Aus der Literatur nicht bekannt waren bisher Befunde bezüglich Personen mit vs. ohne Migrationserfahrung. Hier zeigt unsere Studie einen deutlich höheren Anteil an Einsamkeitsgefühlen bei Personen mit Migrationserfahrung. Im Gegensatz zu vielen bestehenden Studien finden wir allerdings keine Evidenz für einen Geschlechterunterschied in Bezug auf die Einsamkeit (Bu et al., 2020b; Seifert & Hassler, 2020; van der Velpen et al., 2022; Wester et al., 2022; Zaninotto et al., 2022).

6 Psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen

6.1 Hintergrund und Forschungsstand

Kindheit und Jugend sind entscheidende Lebensphasen für die spätere gesundheitliche, kognitive und soziale Entwicklung. Kinder und Jugendliche reagieren einerseits besonders sensibel auf (schädliche) Umweltfaktoren und andererseits befinden sich ihre eigenen Ressourcen und ihre Resilienz erst im Aufbau. Belastende Lebenssituationen und -ereignisse in dieser vulnerablen Phase können lebenslange Auswirkungen haben (Kuh et al., 2004). Die Befindlichkeit und allfällige Belastungen von Kindern und Jugendlichen verdienen deshalb besondere Beachtung – gerade in ausserordentlichen Situationen, wie der Covid-19-Pandemie. Leider kann dieser Anspruch nicht oder nur beschränkt eingelöst werden. Mangels geeigneter Daten bzw. Monitoringsysteme sind in der Schweiz kaum verlässliche, geschweige denn zeitnahe Aussagen zur Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen möglich (OBSAN et al., 2020).

Die Einschränkung sozialer Kontakte, das erzwungene «zu Hause bleiben», mit der Pandemie verbundene Ängste oder die temporäre Schliessung von Schulen und Betreuungsstätten waren potenzielle Quellen erhöhter Belastung mit möglicherweise negativen Folgen (aber durchaus auch Chancen). Die zahlreichen Befürchtungen und die anekdotische Evidenz zu schweren negativen psychischen Auswirkungen der Pandemie und der ergriffenen Massnahmen auf Kinder und Jugendliche waren nur beschränkt systematisch prüfbar und generalisierbare Befunde standen erst stark verzögert zur Verfügung.

Während es für die Schweiz eine Handvoll Studien zur Veränderung der psychischen Befindlichkeit während der Pandemie bei jungen Erwachsenen gibt, sind Längsschnittstudien zu Jugendlichen unter 15 Jahren und Kindern mit Vergleichswerten von vor der Pandemie praktisch inexistent (siehe den Forschungsüberblick in Stocker et al., 2021; J. Jäggi et al., 2022). Hinweise zu erhöhtem Stress aufgrund der Pandemie bei 12- bis 17-Jährigen in der Schweiz während des Frühlings-Lockdowns 2020 finden Mohler-Kuo et al. (2021). Ein Follow-Up 2021 der gleichen Befragten fand für das zweite Pandemiejahr eine Abnahme von Pandemie-induzierten Stressoren (Foster et al., 2022). Bringolf-Isler et al. (2021) finden eine reduzierte Lebensqualität bei 5- bis 11-jährigen Schulkindern während dem Höhepunkt der ersten beiden Infektionswellen im April 2020 bzw. zum Jahreswechsel 2020/21. Eine Studie mit einer für die Schweiz repräsentativen Stichprobe von 19- bis 24-Jährigen findet keinen Anstieg von Depressions-Symptomen und generalisierten Angststörungen während des ersten Pandemiejahres, jedoch insbesondere bei jungen Frauen für das zweite Pandemiejahr (Foster et al., 2023). International waren sowohl die Schwere der Pandemie als auch die Massnahmen, wie Fernunterricht oder Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit, unterschiedlich stark ausgeprägt und entsprechend lassen sich Befunde für einzelne Länder nur mit Vorsicht generalisieren. Eine Meta-Analyse findet z.B. für diverse Länder einen Anstieg der Bildschirmzeit von Kindern und Jugendlichen von über einer Stunde während der Pandemie (Madigan et al., 2022). Generell hat die Pandemie auch bei Kindern und Jugendlichen die

psychische Belastung erhöht und zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit geführt (Samji et al., 2022).

Für Kinder und Jugendlichen generell erlauben die Daten des Covid-19 Social Monitors gewisse Aussagen. Wie auch für Analysen zu den Erwachsenen gilt: sie sind aussagekräftig für das Befinden der Allgemeinbevölkerung, aber erlauben keine präzisen Schlüsse zu den insgesamt wenigen Kindern und Jugendlichen mit schweren Belastungssyndromen oder psychischen Problemen und einer allfälligen Zunahme dieser Fälle. Dazu sind beispielsweise Daten zu Fallzahlen in Kinder- und Jugendpsychiatrien besser geeignet. Diese sind vor allem 2021 angestiegen und drückten sich in stark angestiegenen Wartezeiten für eine ambulante Behandlung aus (Stocker et al., 2021). Die Gründe dafür sind allerdings vielfältig und dürfen nicht allein auf die Covid-19-Pandemie zurückgeführt werden.

6.2 Indikatoren

Gesundheit und psychisches Wohlbefinden von Kindern im Haushalt wurden im Covid-19 Social Monitor indirekt über die Befragung der ausschliesslich erwachsenen Befragungsteilnehmenden erhoben. Erfasst wurden psychische Auffälligkeiten mittels eines Instruments aus der Schweizer Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik, 2020a; Schuler et al., 2020), welches drei Items des «Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman, 1997) zu Hyperaktivität, potenziell psychosomatischen Beschwerden und Verhaltensauffälligkeit enthält.

Tabelle 7: Verwendete Indikatoren zur Messung der psychischen Auffälligkeiten

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorisierung
	Wie gut trifft folgende Beschreibung auf das jüngste/zweitjüngste/drittjüngste Kind im Haushalt zu? <i>Eindeutig zutreffend/Teilweise zutreffend/Nicht zutreffend</i>
Hyperaktivität	Ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen
Potenziell psychosomatische Beschwerden	Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit
Verhaltensauffälligkeit	Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend
Psychische Auffälligkeit	<i>Mind. eines der obigen drei Items mit «Eindeutig zutreffend» beantwortet</i>

Ab 2021 wurden drei Items zum psychischen Wohlbefinden und ein Item zu sozialen Aktivitäten integriert. Diese wurden dem KINDL-R-Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen entnommen, welcher ausführlich

hinsichtlich psychometrischer Eigenschaften untersucht bzw. validiert wurde (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998, 2000).

Fragen zu den Kindern im Haushalt wurden jeden zweiten Befragungszeitpunkt erhoben, da die Befragungslast von Befragten mit Kindern nicht zu hoch sein durfte. Es stehen damit insgesamt 8'332 Beobachtungen von zwischen 547 und 1'000 Kindern an 12 Beobachtungszeitpunkten zur Verfügung. Dabei handelt es sich zu rund einem Fünftel um Einzelkinder, zur Hälfte um Kinder mit einem Geschwister, und zu einem Drittel um Kinder mit zwei oder mehr Geschwistern. Berücksichtigt werden nur Einschätzungen von Eltern (inklusive wenige Stiefeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern). Die Einschätzungen von Geschwistern, Grosseltern oder anderen Haushaltsmitgliedern werden wegen begrenzter Vergleichbarkeit ausgeschlossen.

Im Folgenden werden die Analysen auch nach Alter der Kinder präsentiert. Wir richten uns dabei nach den Bildungsstufen: Vorschulalter 0-3 Jahre, Kindergarten 4-5 Jahre, Primarschule 6-11 Jahre, sowie Sekundarstufe I (12-14 Jahre) und II (15-17 Jahre). Das Alter der Kinder im Haushalt wurde ab Befragung 13 einmal abgefragt und für die folgenden und vorhergehenden Befragungen übernommen – unter der Annahme, dass sich die Anzahl der Kinder bzw. deren Zusammensetzung im Haushalt über den Befragungszeitraum nicht veränderten. Diese Annahme dürfte in wenigen Fällen nicht zutreffen und zu vereinzelt Fehlzugeordnungen des Alters führen.

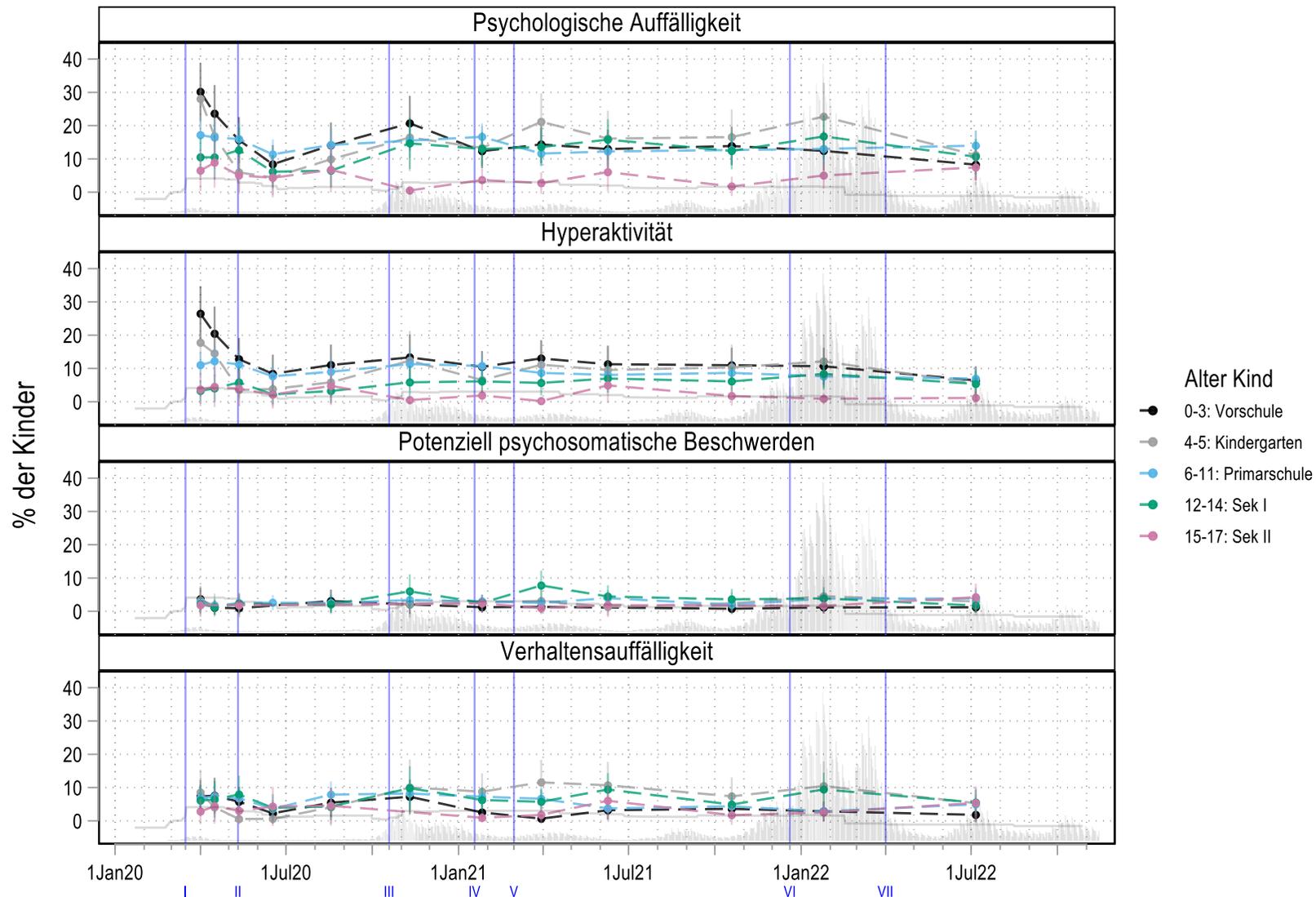
Tabelle 8: Verwendete KINDL-Indikatoren zur Messung des psychischen Wohlbefindens und der sozialen Aktivitäten

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorisierung
	In der letzten Woche hat das jüngste/zweitjüngste/drittjüngste Kind ... <i>nie / selten/ manchmal/ oft/ immer</i>
Nie/selten fröhlich	viel gelacht und Spass gehabt (nie/selten)
Lustlosigkeit	zu nichts Lust gehabt (oft/immer)
Einsamkeitsgefühle	sich allein gefühlt (oft/immer)
Ängste/Unsicherheit	sich ängstlich oder unsicher gefühlt (oft/immer)
Psychisches Wohlbefinden	<i>Index zu psychischem Wohlbefinden aus obigen Items (4 – sehr schlecht bis 20 – sehr gut)</i>
Keine sozialen Aktivitäten	etwas mit Freunden zusammen gemacht (nie/selten)

6.3 Verlauf der psychischen Befindlichkeit insgesamt und nach Subgruppen

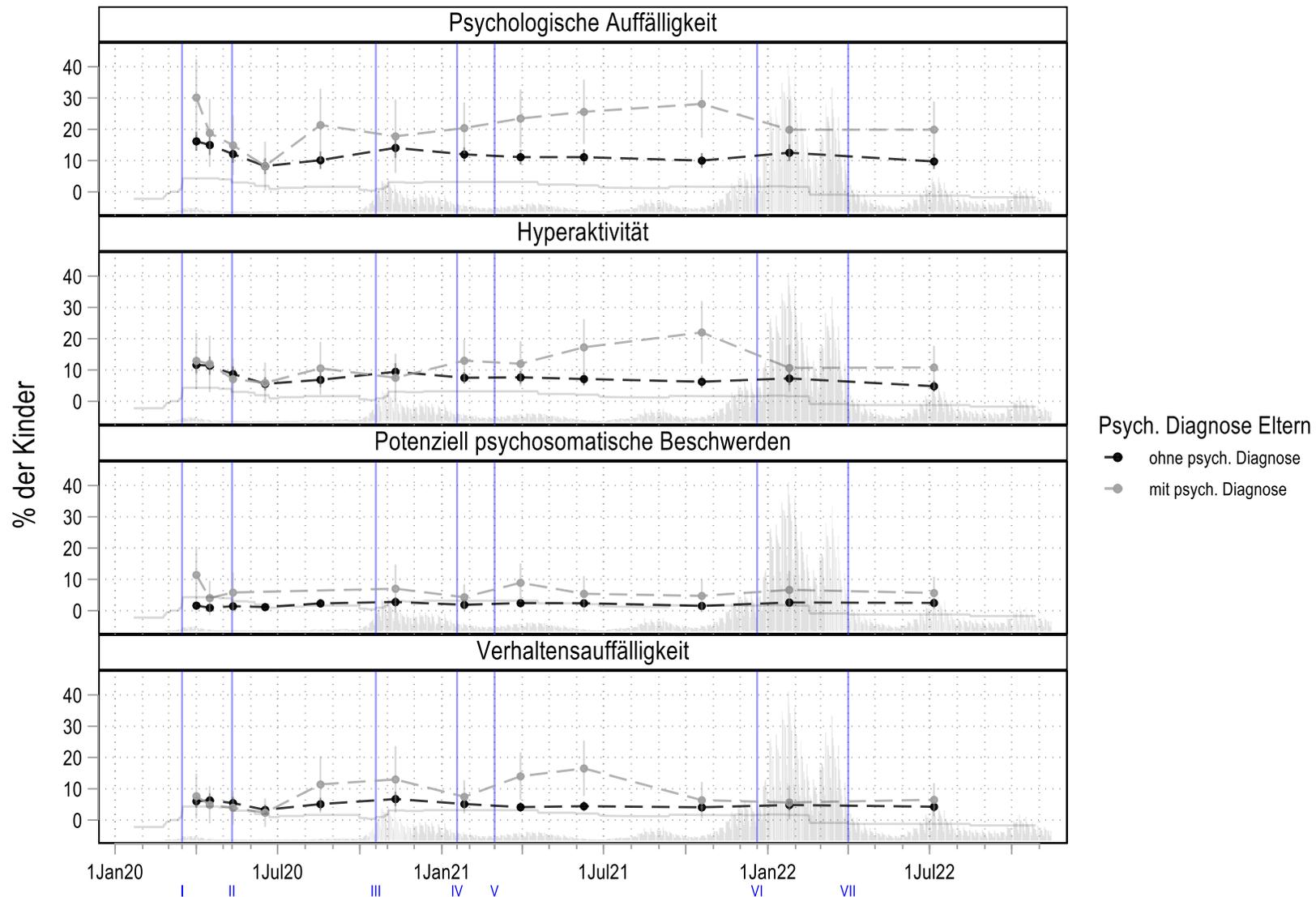
Es zeigt sich für die Zeit des Frühlings-Lockdowns 2020, als Schulen und Betreuungseinrichtungen temporär geschlossen waren, ein erhöhter Anteil von Kindern im Vorschul- und Kindergartenalter mit (wahrgenommenen) psychischen Auffälligkeiten (Abbildung 19). Dies ist, wie die Betrachtung der einzelnen Items zeigt, primär auf eine Zunahme der als «Hyperaktiv» wahrgenommenen Kinder zurückzuführen. Weniger stark ausgeprägt zeigt sich zu diesem Zeitpunkt eine Zunahme für Verhaltensauffälligkeit («Oft Wutanfällen/Gereiztheit»). Bei potenziell psychosomatischen Beschwerden (oft Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit) zeigt sich dagegen keine grössere Veränderung in dieser Phase. Im weiteren Verlauf der Pandemie zeigen sich für keinen Indikator auffällige grössere Schwankungen.

Psychische Auffälligkeiten zeigen sich generell häufiger bei Kindern und weniger bei Jugendlichen – oder zumindest werden sie bei Jugendlichen von Eltern weniger stark wahrgenommen (Abbildung 21). Kinder im Vorschulalter zeichnen sich am stärksten durch Hyperaktivität aus, während sich potenziell psychosomatische Beschwerden wie Kopf-/Bauchschmerzen und Übelkeit, oft Ausdruck emotionaler Probleme, eher bei Primar- und Sekundarschulkindern zeigen. Ob Kinder als Einzelkind oder mit Geschwistern leben, ob die Eltern allein- bzw. getrennterziehend sind, sowie deren Bildungsabschluss machen keinen Unterschied. Allerdings zeigen sich gehäuft psychologische Auffälligkeiten bei Kindern aus Haushalten mit tiefem Einkommen, von im Ausland geborenen Eltern, sowie von Eltern mit einer psychiatrischen Diagnose (Abbildung 20). Analysen mit den gleichen Indikatoren der Schweizer Gesundheitsbefragung 2017 zeigen ein ähnliches Bild: psychische Auffälligkeiten treten gehäuft auf bei Kindern mit einem Elternteil mit depressiven Symptomen, hoher psychischer Belastung oder anderweitig schlechtem Gesundheitszustand und Einschränkungen, sowie bei tiefem Bildungsniveau (obligatorische Schule) eines Elternteils (Schuler et al., 2020). Ob und inwiefern sich diese Subgruppenunterschiede durch bzw. während der Pandemie verschärft haben, lässt sich leider aufgrund der beschränkten Vergleichbarkeit der beiden Studien (Stichprobenziehung, Online- vs. Telefon-Befragung) nicht beurteilen.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 19: Psychische Auffälligkeiten Kinder nach Altersgruppen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 20: Psychische Auffälligkeiten Kinder nach psychiatrischer Diagnose der Eltern. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

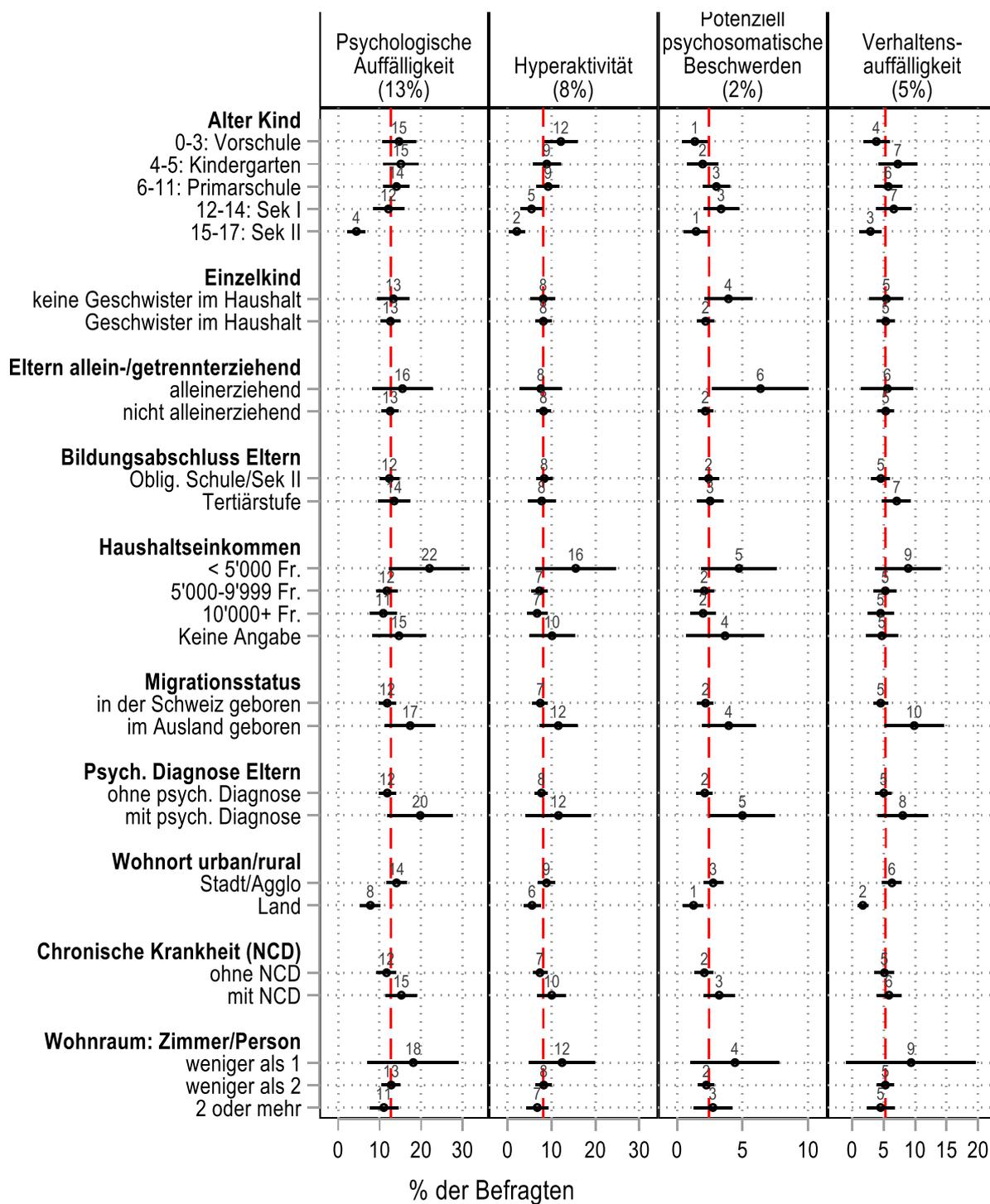
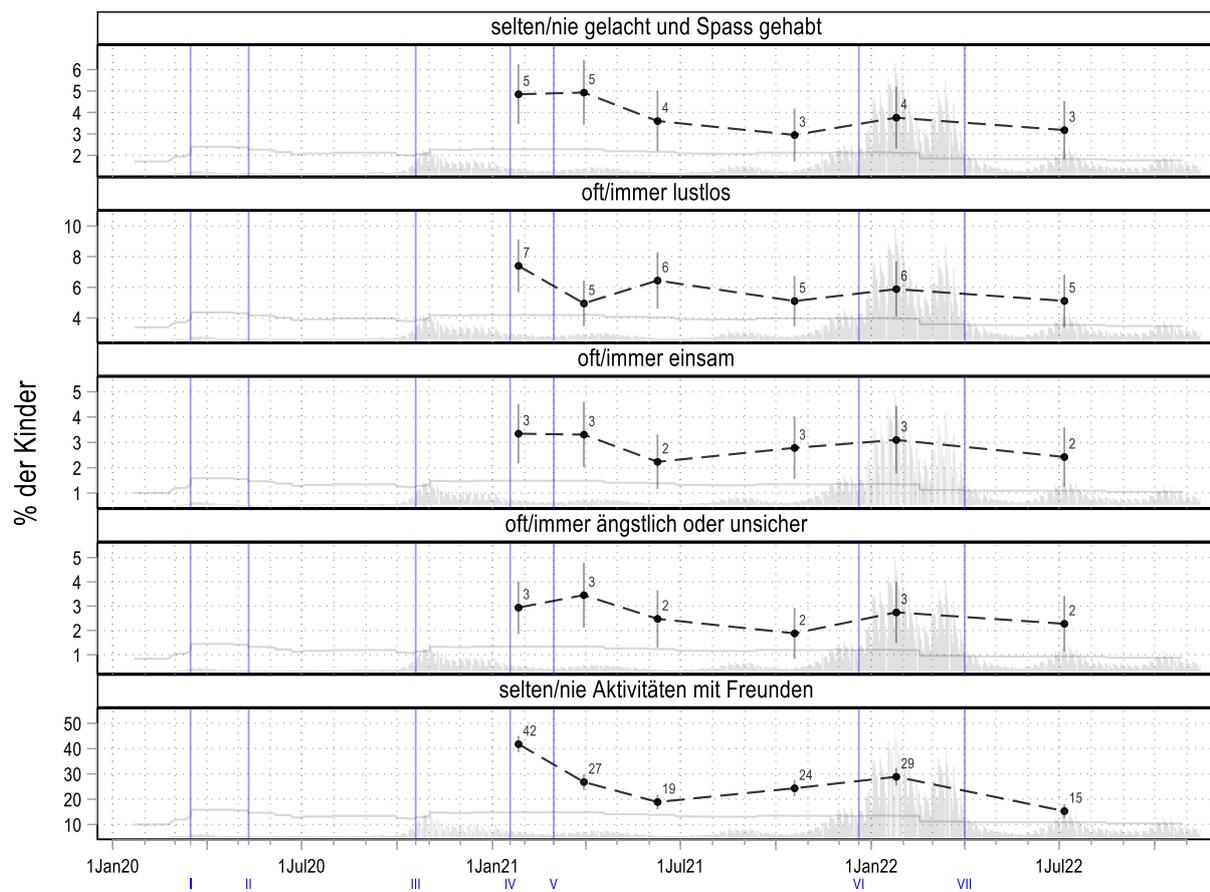


Abbildung 21. Psychologische Auffälligkeiten Kinder nach Subgruppen – über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Wert in Klammern und rote gestrichelte Linie geben den Gesamtmittelwert an. Adjustiert um Alter und Landesregion.

Bei den Indikatoren für tiefes psychisches Wohlbefinden der Kinder, welche erst ab Februar 2021 erhoben wurden, zeigen sich für den Zeitraum Winter 2021 bis Sommer 2022 kaum Schwankungen (Abbildung 22). Alle Indikatoren bewegen sich erfreulicherweise auf einem tiefen Niveau. Nur «selten/nie Aktivitäten mit Freunden» weist mit 42% – wenig überraschend – im Winter 2021 mit den Massnahmenverschärfungen ein deutliches Hoch aus. Die anderen Indikatoren zeigen für diesen Zeitpunkt allerdings keine Auffälligkeit. Auch wenn die Indikatoren separat für verschiedene Altersgruppen betrachtet werden, zeigen sich im Zeitverlauf keine auffälligen Schwankungen (Abbildung 24).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 22: Tiefes psychisches Wohlbefinden Kinder. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

Bei der Subgruppenanalyse zeigt sich ein höherer Anteil Kinder, die nie/selten fröhlich sind bei 12- bis 17-Jährigen und bei Kindern von im Ausland geborenen Eltern (Abbildung 23). Bezüglich Lustlosigkeit zeigt sich ein ähnliches Muster. Einsamkeitsgefühle sind v.a. bei Jugendlichen (15- bis 17-Jährige) mit 5% stärker verbreitet, allerdings immer noch auf einem tiefen Niveau. Kinder ohne Geschwister im Haushalt fühlen sich öfter einsam als Kinder mit Geschwistern. Ängstlichkeit/Unsicherheit sind ebenfalls bei Einzelkindern stärker verbreitet,

zudem bei Kindern in Haushalten mit tiefem Einkommen und bei Kindern von im Ausland geborenen Eltern.

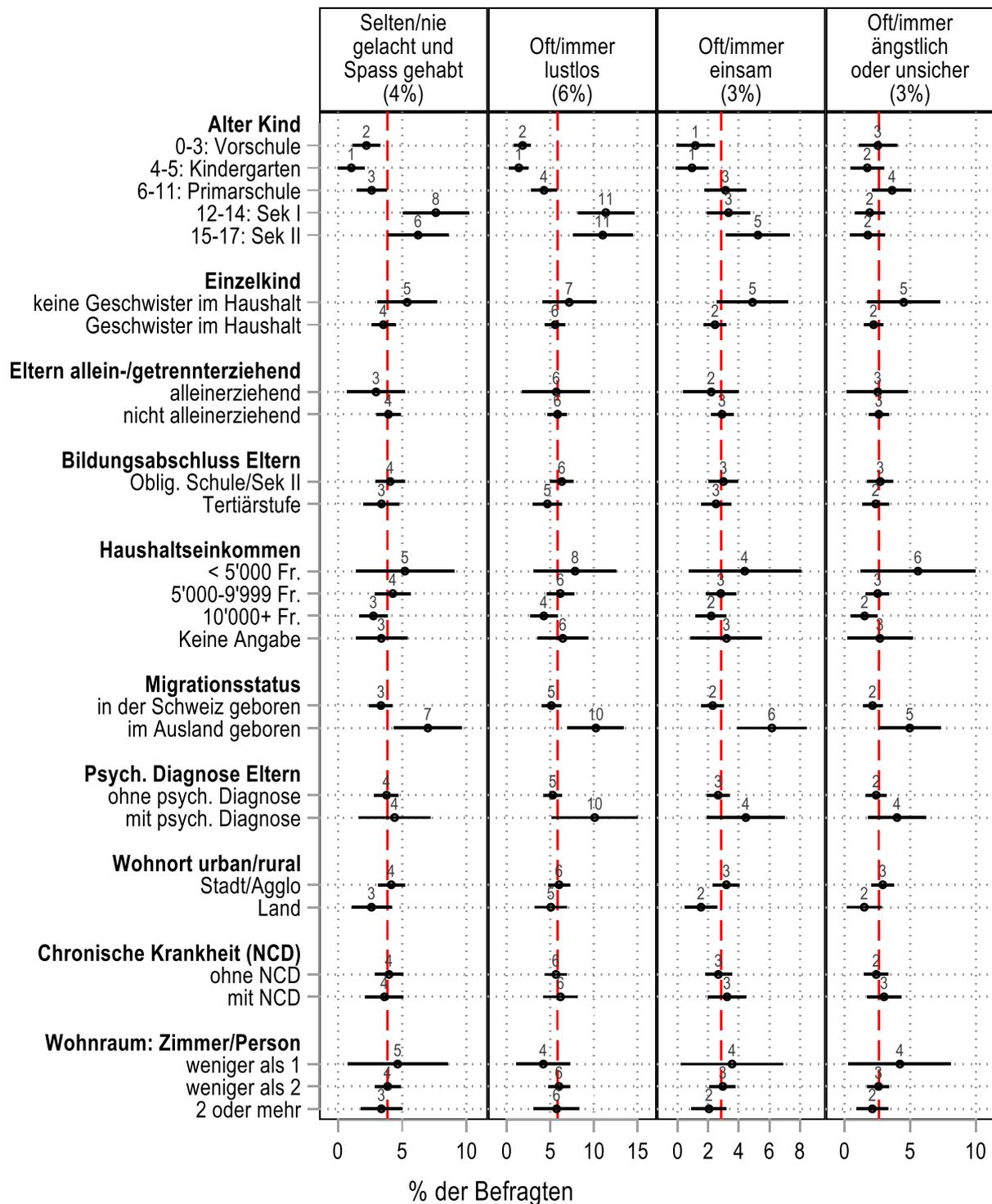
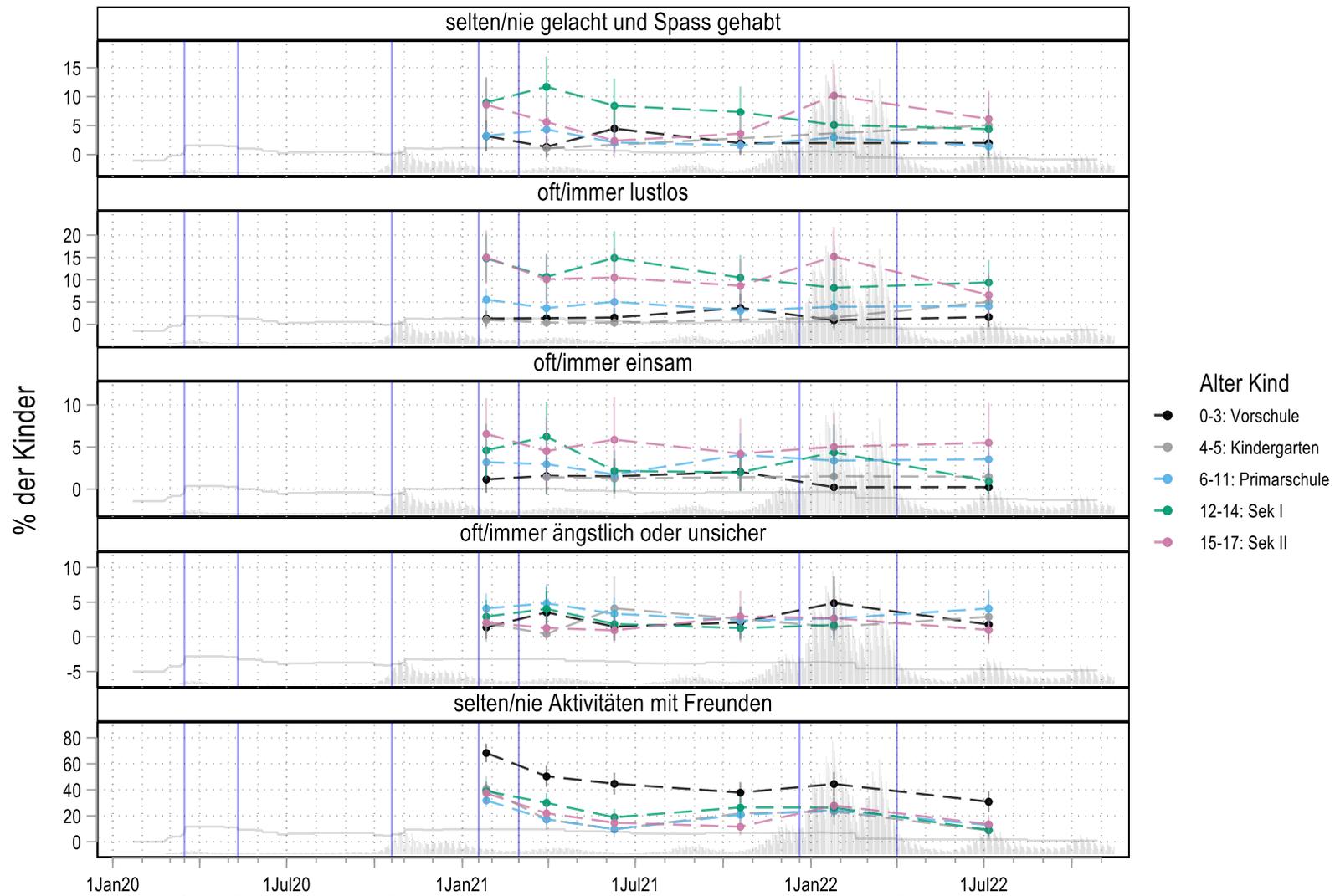


Abbildung 23. Tiefes psychisches Wohlbefinden Kinder nach Subgruppen – über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Wert in Klammern und rote gestrichelte Linie geben den Gesamtmittelwert an. Adjustiert um Alter und Landesregion.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 24: Tiefes psychisches Wohlbefinden nach Altersgruppen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

6.4 Assoziation psychische Befindlichkeit Eltern – Kinder

Das psychische Wohlbefinden des Kindes hängt deutlich mit der psychischen Belastung des befragten Elternteils zusammen (Abbildung 25). In allen Altersgruppen ist die Korrelation mit einem Koeffizienten von $p=-0.35$ bis -0.44 , relativ gross. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die psychische Gesundheit der Eltern über diverse Mechanismen diejenige der Kinder beeinflusst (Leverton, 2003; Ramchandani & Stein, 2003). Andererseits kann die Einschätzung des Zustands des Kindes durch den eigenen Gesundheitszustand des befragten Elternteils verzerrt sein. Das gleiche Muster zeigt sich auch bei den Subgruppenanalysen, in denen Kinder von Eltern mit einer psychiatrischen Diagnose bei einigen (aber nicht allen) Indikatoren einen «schlechteren» Wert aufweisen (Abbildung 21 und Abbildung 23).

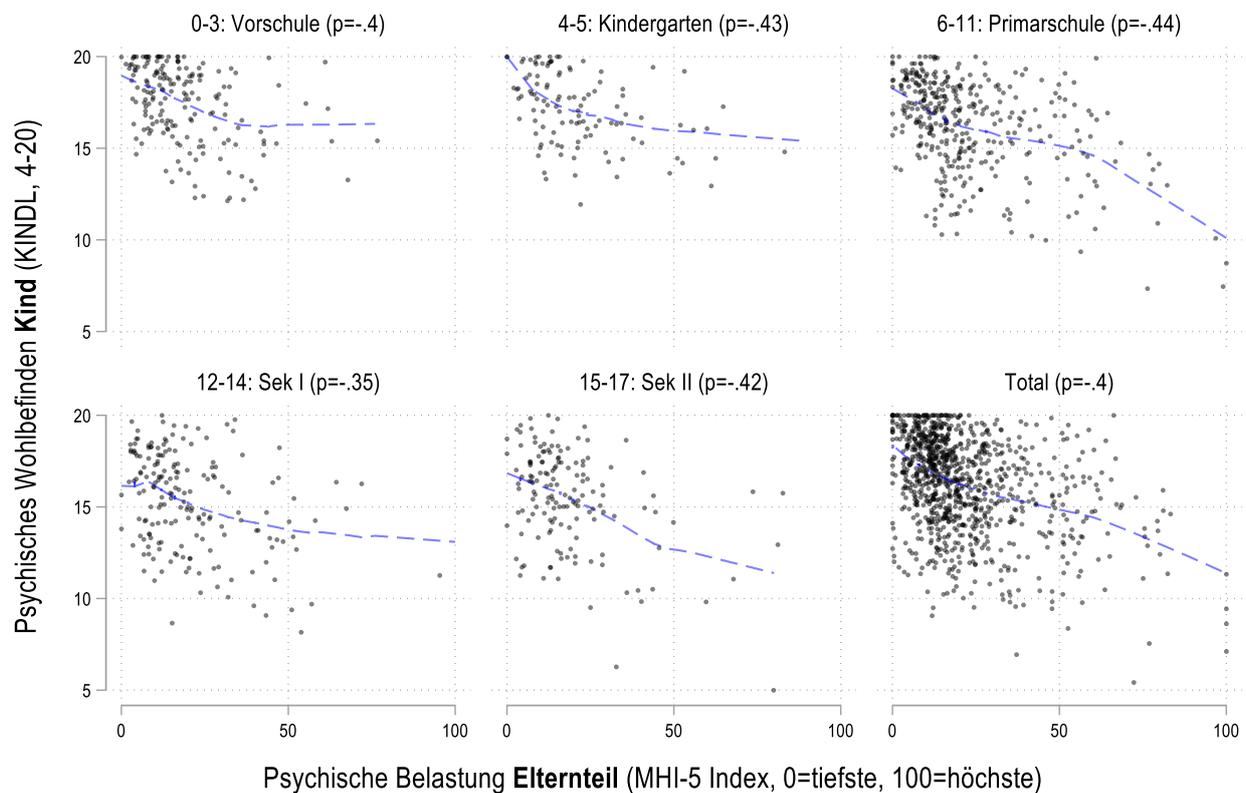


Abbildung 25. Assoziation psychische Belastung Elternteil (MHI-5) und psychisches Wohlbefinden Kind (KINDL) nach Alter des Kindes – Erhebung 13. Die blaue gestrichelte Linie ist eine LOWESS-Kurve und zeigt die Form des Zusammenhangs auf. p ist der Korrelationskoeffizient.

6.5 Fazit

Basierend auf unseren Indikatoren lassen sich kaum grössere Schwankungen in der psychischen Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen über den Beobachtungszeitraum feststellen. Eine Ausnahme bildet der Frühlings-Lockdown 2020, während dessen sich – vermutlich durch den Fernunterricht und die Einschränkung der sozialen Kontakte und der Empfehlung, zu Hause zu bleiben – eine leichte Erhöhung der durch die Eltern wahrgenommenen Hyperaktivität bei Vorschul- und Kindergartenkindern zeigte. Diese Zunahme könnte aber auch auf die veränderte Wahrnehmung der Eltern zurückzuführen sein, die in dieser Phase ebenfalls häufiger zu Hause waren und teilweise im Homeoffice arbeiteten. Die verwandte These, dass Diagnosen und Behandlungen von ADHS bei Schulkindern aufgrund der Pandemie substantiell zugenommen hätten, lässt sich anhand der Verschreibung von ADHS-Medikamenten nicht belegen. Die Zunahme der Bezüge 2020 im Vergleich zum Vorjahr liegt mit 6% genau im Trend der letzten Jahre (Schuler, Roth, et al., 2022).

Auch wenn die Pandemie teilweise zu individuellen psychischen Krisen bei Kindern- und Jugendlichen geführt oder bestehende verstärkt hat (Stocker et al., 2023), so lässt sich mit unseren Daten keine generelle Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie erkennen. Allerdings sind unsere Analysen mit Limitationen behaftet: es handelt sich um Fremdeinschätzungen durch die Eltern und mit gesamthaft 10 Frage-Items lässt sich das psychische Befinden naturgemäss nur sehr summarisch erfassen. Die wenigen verfügbaren Studien zu Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, welche nicht auf Fremdeinschätzung basieren, finden teilweise stärkere negative Veränderungen während der Pandemie (Bringolf-Isler et al., 2021; Foster et al., 2023; Mohler-Kuo et al., 2021).

Beim Vergleich verschiedener Subgruppen zeigen sich die aus der Literatur bekannten Unterschiede: eine erhöhte psychische Belastung, wie auch eine psychiatrische Diagnose der Eltern geht mit schlechterem psychischen Wohlbefinden der Kinder einher. Bei Kindern von im Ausland geborener Eltern zeigt sich generell ein leicht tieferes psychisches Wohlbefinden. Weiter finden wir typische altersspezifische Unterschiede: Lustlosigkeit und depressive Symptome treten häufiger bei Primar- und Sekundarschulkindern auf, Hyperaktivität häufiger bei Vorschulkindern, potenziell psychosomatische Beschwerden wie Bauchschmerzen/ Übelkeit (als Ausdruck emotionaler Probleme) häufiger bei Primar- und Sek-I-Schulkindern. Bei 15- bis 17-jährigen Jugendlichen wurden psychologische Auffälligkeiten weniger häufig wahrgenommen. Diese altersspezifischen Unterschiede dürften auch Ausdruck davon sein, dass jüngere Kinder ihre negativen Gefühle stärker externalisieren, ältere Kinder bzw. Jugendliche dagegen stärker internalisieren – ein Befund, der sich auch in einer Querschnittsstudie zu altersspezifischen Auswirkungen des Lockdowns auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Österreich und der Schweiz zeigte (Schmidt et al., 2021, zit. in Stocker et al. 2021).

7 Adhärenz an Schutzmassnahmen

7.1 Hintergrund und Forschungsstand

Mit diversen Public-Health-Massnahmen versuchte der Bund bereits früh die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Schweiz einzudämmen: durch Einschränkung der Mobilität (z.B. Homeoffice-Pflicht), des sozialen Austauschs (z.B. beschränkte Personenzahl bei Zusammenkünften, Schliessung von Clubs und Restaurants), sowie durch Erlassung von Hygiene- und Verhaltensregeln (z.B. regelmässiges Händewaschen, Maskentragen, Abstand Halten). Bei diesen Massnahmen handelte es sich entweder um Verbote, Pflichten oder Empfehlungen, welche jeweils dem Verlauf der Pandemie angepasst wurden. Die Kantone setzten die Massnahmen unterschiedlich um bzw. erliessen teilweise zusätzliche Massnahmen. Für die Wirksamkeit der Massnahmen ist das Ausmass der Befolgung durch die Bevölkerung, die Adhärenz, zentral. Diese wird von diversen Faktoren beeinflusst.

Bisherige Studien zeigen, dass die verordneten Massnahmen zur Eindämmung von SARS-CoV-2 in der Schweiz zu Beginn weitgehend eingehalten wurden (Hermann, 2021). Insbesondere die über 65-Jährigen hielten sich bis zu Beginn der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020 konsequent ans Abstand Halten (Corona Immunitas, 2021). In der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020 zeigte sich dann ein – durchaus vorgesehenes – Nachlassen der Adhärenz bei gewissen Schutzmassnahmen: Verzicht auf das Treffen von Personen, zu Hause bleiben und Abstand Halten. Dennoch hielt sich auch in dieser Phase ein Grossteil der Bevölkerung weiterhin an die Massnahmen. Erst in der zweiten Lockerungsphase im Frühling/Sommer 2021 stieg die soziale Kontakthäufigkeit ausser Haus wieder auf ein ähnliches Niveau wie vor der Pandemie, reduzierte sich die Bereitschaft, weiterhin Abstand zu halten, auch bei den über 65-Jährigen und «normalisierte» sich die Nutzung des öffentlichen Verkehrs. Auch das Einhalten der Maskenpflicht nahm ab (Corona Immunitas, 2021; Hermann, 2021). Einzig die Homeoffice-Empfehlung/-Pflicht wurde in der zweiten Lockerungsphase stärker befolgt als in der Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 (Hermann, 2021). Nach Aufhebung der Massnahmen im Februar 2022 schützten sich insbesondere ältere Personen und Personen aus der italienischen Schweiz weiterhin durch Maskentragen in Einkaufsläden (Hermann, 2022).

Nur wenige Studien untersuchten bisher regionale und individuelle Unterschiede bei der Adhärenz an Schutzmassnahmen. Moser et al. (2021) finden mit Daten des Covid-19 Social Monitors (März 2020 bis Mai 2021) in unterschiedlichen Phasen der Pandemie leicht unterschiedlich starke Adhärenz in den verschiedenen Sprachregion: In Regionen mit höherer Covid-19-Inzidenz war die Adhärenz generell höher. Nivette et al. (2021) werteten Daten einer Kohortenstudie mit 22-Jährigen aus. Dabei zeigte sich eine höhere Adhärenz bei Frauen, bei Personen mit tieferem Bildungsniveau, tieferem sozioökonomischem Status und mit Migrationserfahrung.

7.2 Indikatoren

Wir betrachten sechs unterschiedliche Massnahmen bzw. Indikatoren zur Adhärenz (Tabelle 9): «Abstand Halten», d.h. das Einhalten der 2 bzw. später 1.5 Meter Abstand, war eine über den gesamten Pandemieverlauf empfohlene Verhaltensregel. «Zu Hause geblieben», «Treffen mit Personen über 65 Jahre abgesagt» und «ÖV gemieden» sind drei Verhaltensregeln, die vor allem im ersten Lockdown des Frühlings 2020 empfohlen wurden. «Gesichtsmasken tragen» wurde zu Beginn von den Bundesbehörden nicht, später dann doch empfohlen, und im weiteren Verlauf dann in vielen öffentlichen Bereichen zur verbindlichen Pflicht. Die dargestellten Indikatoren zeigen jeweils die Anteile an 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.

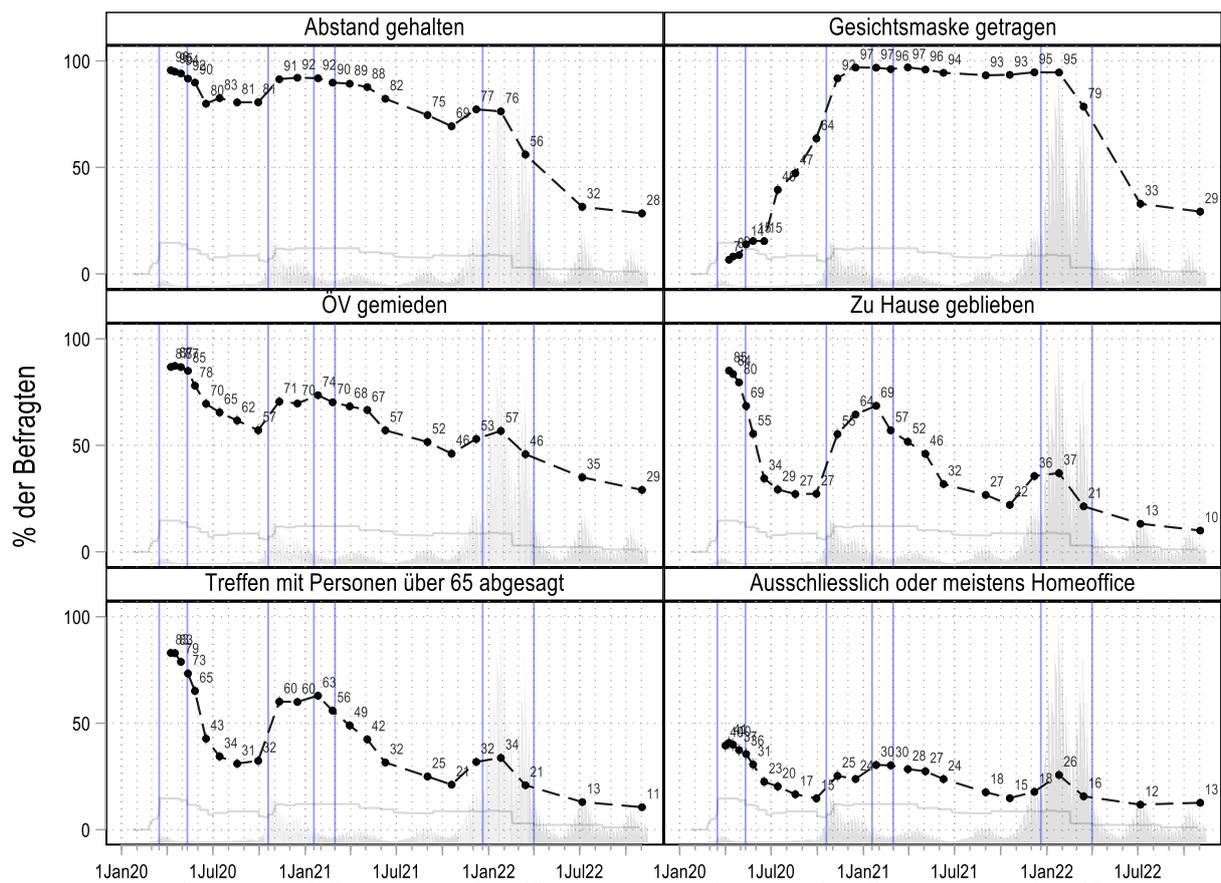
Tabelle 9: Messung der Adhärenz an Schutzmassnahmen

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorisierung
	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>
Abstandgehalten	1.5 Meter Abstand zu anderen Personen eingehalten
Gesichtsmasken getragen	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>

7.3 Verlauf der Adhärenz an Schutzmassnahmen insgesamt und nach Subgruppen

Über den gesamten Verlauf der Pandemie hinweg hielt sich eine grosse Mehrheit der Befragten weitgehend an die empfohlenen Schutzmassnahmen. Abstand Halten wurde während der intensiven Phasen der Pandemie von über 80% der Befragten meistens oder

immer eingehalten. Im ersten Lockdown im Frühling 2020, in der Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 und im zweiten Lockdown anfangs 2021 sowie während der ersten Omikron-Welle (Winter 2021/2022) blieben die Befragten jeweils wieder häufiger zu Hause, sagten häufiger Treffen mit Personen über 65 Jahren ab und mieden öfters den öffentlichen Verkehr als in den Lockerungsphasen (Abbildung 26). Mit zunehmender Dauer der Pandemie wurden die Massnahmen immer weniger konsequent umgesetzt als noch 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 Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 bei über 90% und sank erst nach der ersten Omikron-Welle und der Aufhebung der Massnahmen im Februar 2022 wieder deutlich. Dennoch behielten rund 30% das Maskentragen auch noch im Sommer und Herbst 2022 bei (Abbildung 26).



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 26: 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 Ausmass lassen sich aber dennoch Unterschiede feststellen (

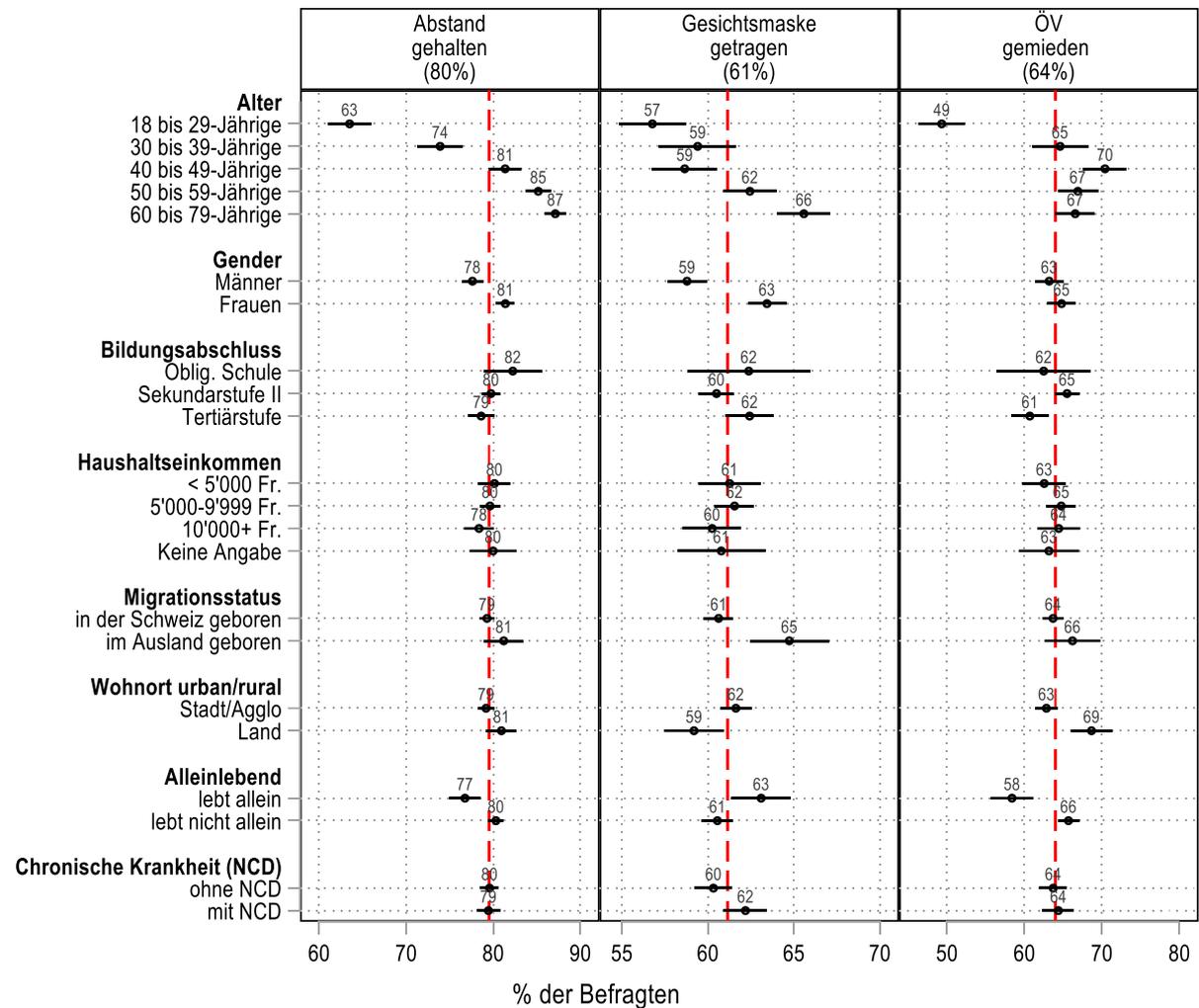


Abbildung 27 und Abbildung 28). Obwohl beinahe drei Viertel der 18- bis 29-Jährigen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg Abstand hielten, sind es doch deutlich weniger als die (ebenfalls unter dem Wert der Gesamtbevölkerung liegenden) 30- bis 39-Jährigen und bedeutend weniger als die über 40-Jährigen Befragten. Männer hielten etwas weniger häufig Abstand und trugen 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. Personen mit tertiärem Bildungsabschluss, mit höherem Haushaltseinkommen arbeiteten öfter von zu Hause aus («Homeoffice»). Auf dem Land lebende Personen arbeiteten dagegen seltener im Homeoffice verglichen mit der urbanen Bevölkerung.

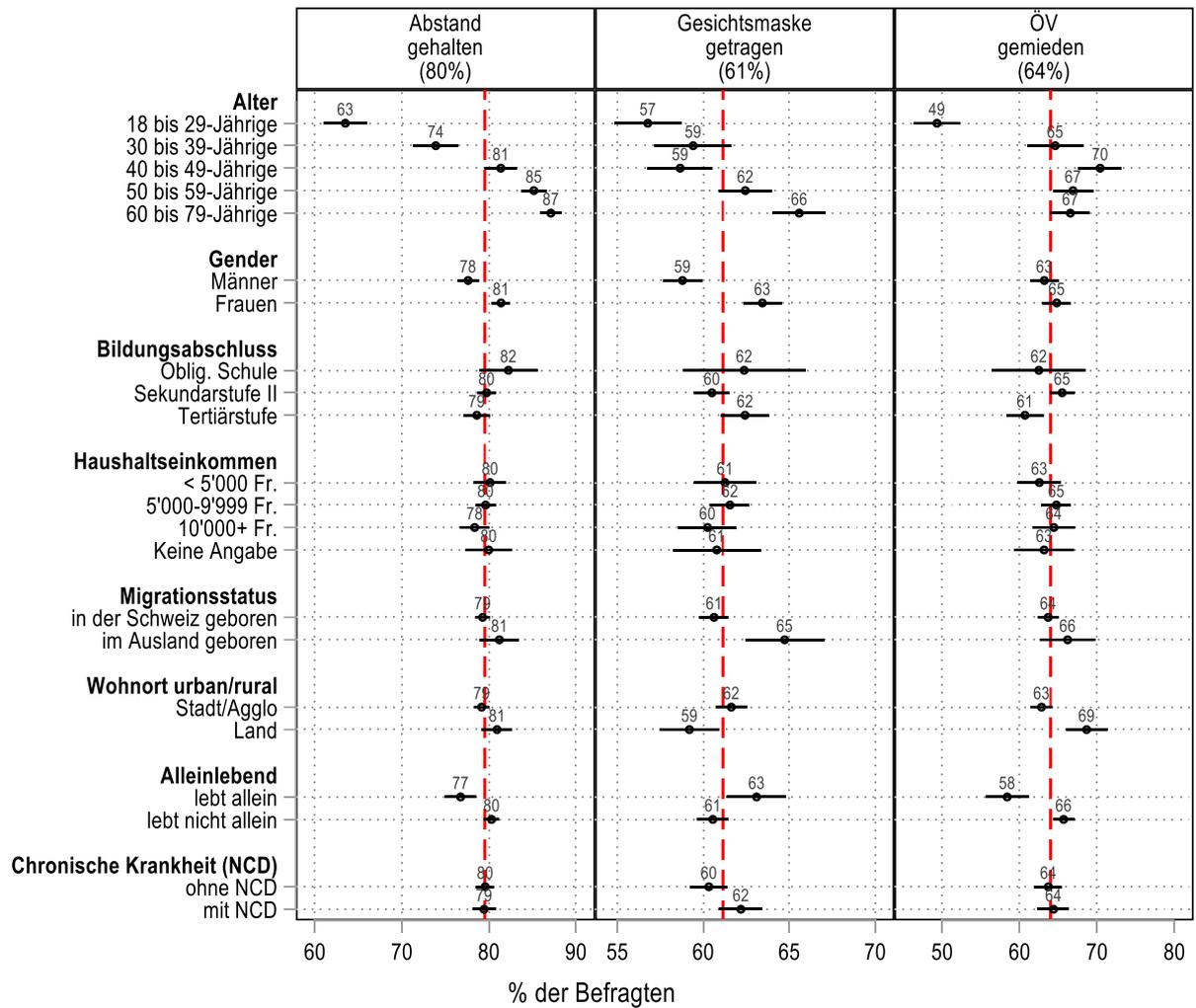


Abbildung 27: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Subgruppen – über alle Erhebungszeitpunkte. Adjustiert um Alter, Geschlecht und Landesregion.

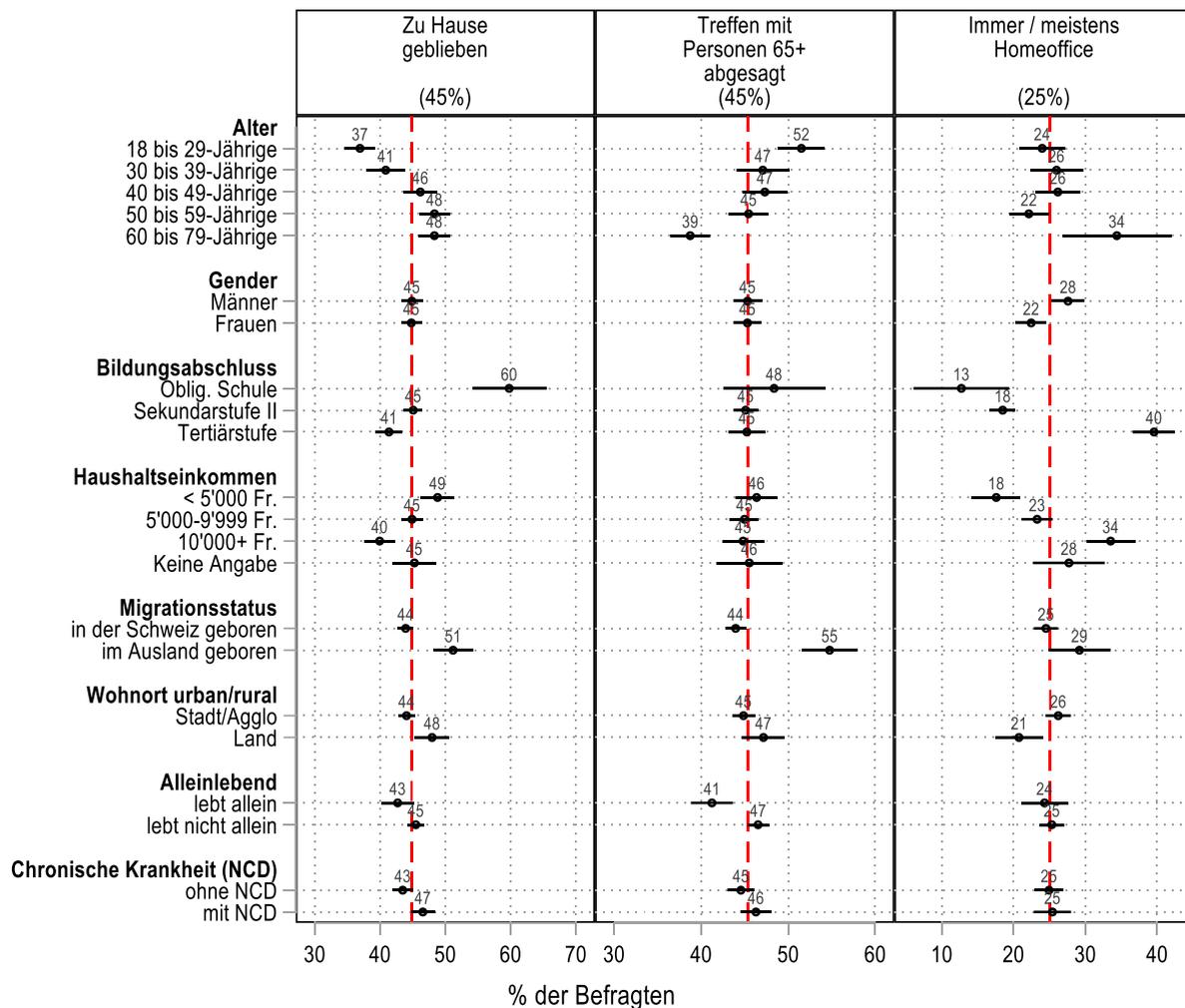
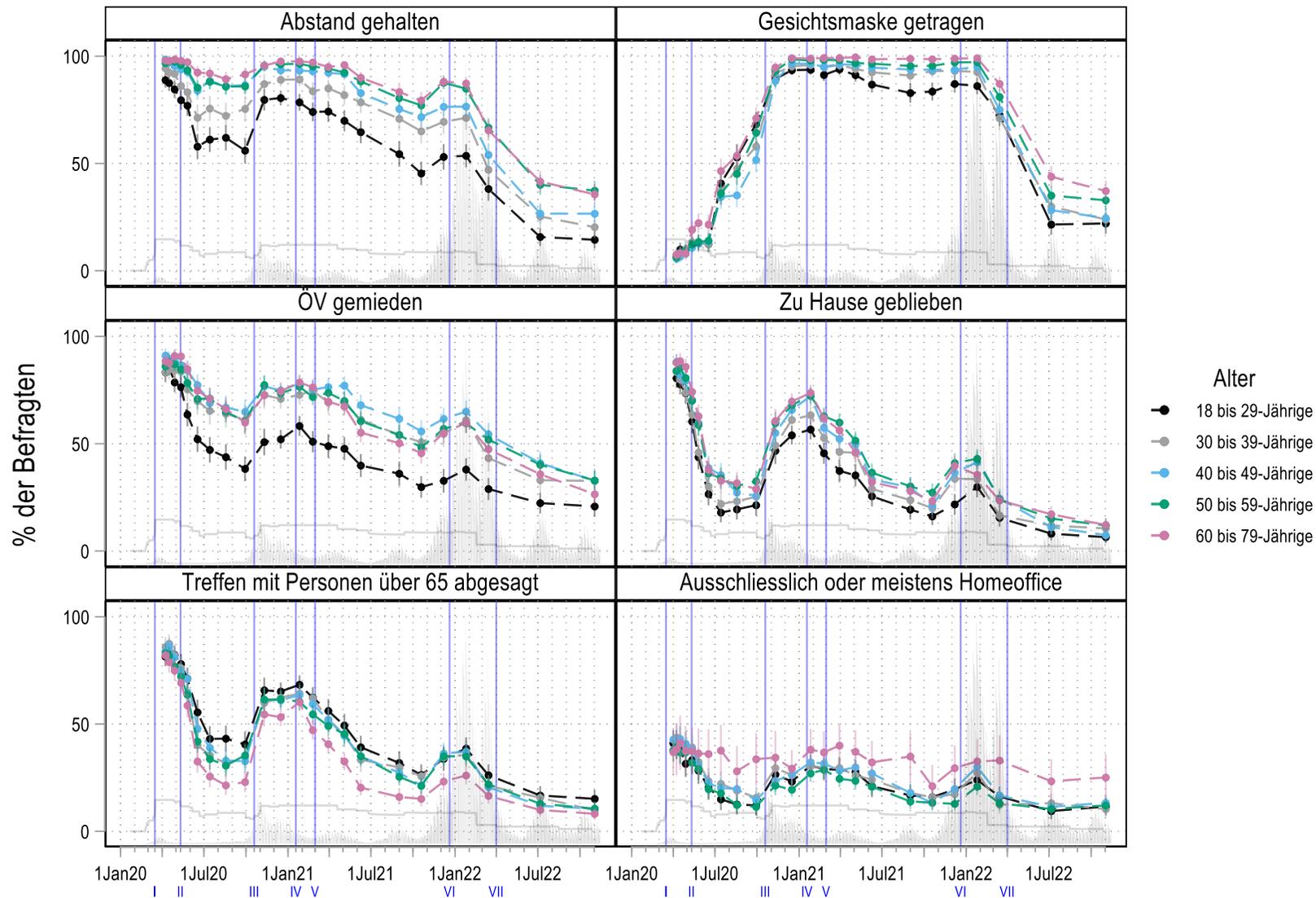


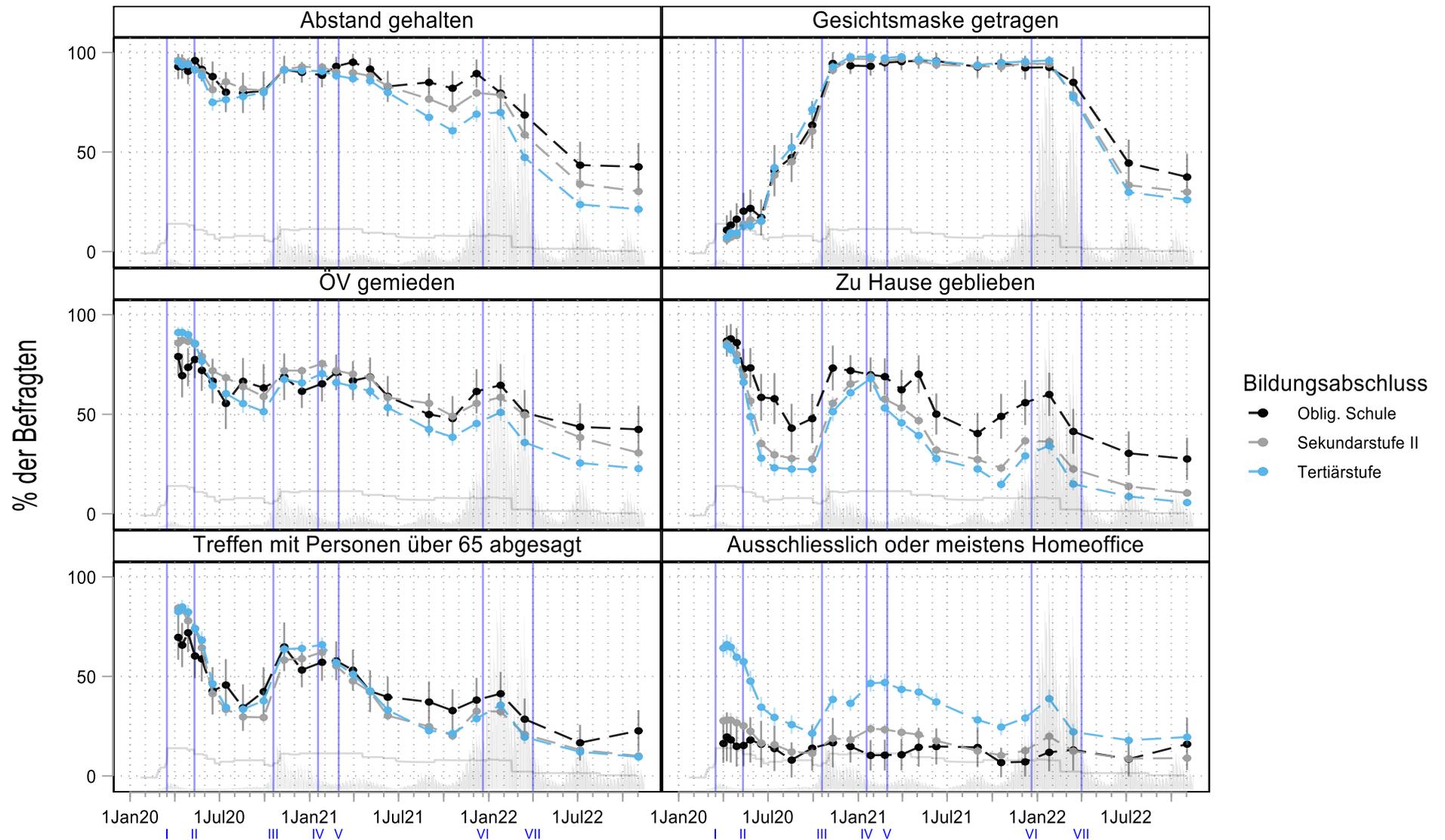
Abbildung 28: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Subgruppen – über alle Erhebungszeitpunkte. Adjustiert um Alter, Geschlecht und Landesregion. Homeoffice: Grundgesamtheit sind nur Erwerbstätige.

Über die Zeit zeigten sich bezüglich Adhärenz an Schutzmassnahmen für einzelne Subgruppen ähnliche Verlaufsmuster auf leicht unterschiedlichen Niveaus. Beim Abstand Halten und Masken tragen zeigte sich in der Gruppe der 18- bis 29- sowie 30- bis 39-Jährigen im Vergleich zu den 50- bis 59- sowie 60- bis 79-Jährigen aber ein stärkeres bzw. schnelleres Nachlassen der Adhärenz in der ersten Lockerungsphase und nach Aufhebung aller Massnahmen im Februar 2022 (Abbildung 29). Bezüglich Homeoffice zeigte sich, dass Personen mit tertiärem Bildungsabschluss von Beginn der Pandemie bis zur Aufhebung der Massnahmen im Februar 2022 häufiger im Homeoffice arbeiteten bzw. arbeiten konnten als Personen mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II oder obligatorischer Schule (Abbildung 30). Dementsprechend sanken diese Anteile in der ersten Lockerungsphase auch wieder stärker in dieser Subgruppe.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 29: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Altersgruppen. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.



I – Erster Lockdown, 16. März 2020; II – Erste Lockerungsphase, 11. Mai 2020; III – Massnahmenverschärfung, 19. Oktober 2020; IV – Zweiter Lockdown, 18. Januar 2021; V – Zweite Lockerungsphase; 1. März 2021; VI – Omikron-Welle, 20. Dezember 2021; VII – Aufhebung aller Massnahmen, 1. April 2022

Abbildung 30: Adhärenz an Schutzmassnahmen nach Bildungsabschluss. Schätzung mit 95%-Konfidenzintervall.

7.4 Fazit

Über alle Phasen der Pandemie hielt sich die Bevölkerung weitgehend an die empfohlenen bzw. verordneten Schutzmassnahmen und Verhaltensregeln. Die Adhärenz war im ersten Lockdown im Frühling 2020 am stärksten. Dies erstaunt kaum, da in der Phase des ersten Lockdowns grosse Ängste bezüglich Ausbreitung und Gefahr von SARS-CoV-2 herrschten. Mit zunehmender Dauer der Pandemie wurden die Massnahmen immer weniger konsequent umgesetzt. Nach Aufhebung aller Massnahmen im Februar 2022 veränderte sich das Verhalten der Befragten deutlich. Die Adhärenz sank bei allen Verhaltensregeln auf unter 50%. Dennoch hielten rund 30% der Befragten noch im November 2022 weiterhin, zumindest teilweise, am Abstand Halten und Tragen von Gesichtsmasken fest. Wie bereits aus anderen Studien hervorgeht, hielten sich vor allem ältere Personen konsequent über den ganzen Pandemieverlauf hinweg ans Abstand Halten, während jüngere Personen nach der ersten Lockerungsphase diese Massnahmen weniger häufig umsetzten (Corona Immunitas, 2021). Auch trugen ältere Personen, Frauen und Personen mit Migrationserfahrung etwas häufiger Gesichtsmasken.

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

Die berichtete 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 gaben möglicherweise eine sozial erwünschte Antwort, welche nicht ihrem tatsächlichen Verhalten entsprach. Allerdings zeigen Studien, die nicht auf Umfragedaten basieren, mit unseren Ergebnissen übereinstimmende Befunde bzw. Verlaufsmuster (P. Moser et al., 2021).

8 Konklusion

Ab März 2020 stellte die Entwicklung der Covid-19-Pandemie die Schweizer Bevölkerung vor grosse gesellschaftliche Herausforderungen. Mit dem Projekt Covid-19 Social Monitor stand seit Ende März 2020 ein zeitnahes Monitoring der sozialen und gesundheitlichen Veränderungen in der Bevölkerung zur Verfügung. Der Covid-19 Social Monitor erfasste regelmässig eine Reihe von Indikatoren zu Wohlbefinden, psychischem und physischem Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Erwerbssituation der Schweizer Bevölkerung. Zeitnah zu den Erhebungen wurden die Resultate auf der Webseite <https://covid19.ctu.unibe.ch> präsentiert. Der vorliegende Bericht gibt ergänzend einen Überblick über einige zentrale Auswirkungen der Pandemie zwischen März 2020 und November 2022.

Veränderung des allgemeinen Wohlbefindens, psychischer Befindlichkeit und Einsamkeit während der Covid-19-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 vor der Covid-19-Pandemie fiel das psychische Wohlbefinden bei der ersten Erhebung des Covid-19 Social Monitors (Erster «Lockdown» Ende März 2020) etwas schlechter aus. Gegen Ende des ersten Lockdowns verbesserte sich das allgemeine psychische Wohlbefinden deutlich und blieb bis Mitte August 2020 stabil auf hohem Niveau. In der Phase der Massnahmenverschärfung im Herbst 2020 verschlechterte sich das allgemeine psychische Wohlbefinden dann wieder kontinuierlich und erreichte Ende Dezember 2020 bei der psychischen Befindlichkeit und Ende Januar 2021 beim allgemeinen Wohlbefinden und der Einsamkeit einen vorläufigen Tiefpunkt. Der Anteil Personen mit hoher Lebensqualität lag zu diesem Zeitpunkt 10 Prozentpunkte tiefer als im Sommer 2020 und der Anteil Personen mit erhöhter psychischer Belastung 10 Prozentpunkte höher. Im weiteren Verlauf der Pandemie verbesserten sich alle Indikatoren konstant, bis auf eine erneute leichte Verschlechterung während der Omikron-Welle im Winter 2021/2022. Beispielsweise nahm die Lebenszufriedenheit zu diesem Zeitpunkt nochmals leicht ab, um danach kontinuierlich wieder zu steigen. Diese erreichte dann bei der Befragung im Juli 2022, nach Aufhebung aller Massnahmen, beinahe das Niveau der ersten Lockerungsphase im Sommer 2020. 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 diese Indikatoren beeinflussen, wie beispielsweise Stress zum Jahresende hin und/oder die Saisonalität.

Unsere Ergebnisse unterscheiden sich deutlich nach Bevölkerungsgruppen. Junge Erwachsene fallen durch hohe Werte bei der psychischen Belastung und, entgegen ursprünglichen Erwartungen, bei der Einsamkeit auf. Auch internationale Studien zeigen, dass die psychische Belastung junger Menschen im Lauf der Pandemie besonders hoch war (Marmot et al., 2020;

Samji et al., 2022). 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 tiefem Einkommen zeigen sich für das allgemeine Wohlbefinden, die psychische Befindlichkeit und 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 chronischer Erkrankung und bei Personen mit psychiatrischer Diagnose. Bei den Verläufen der einzelnen Subgruppen zeigen sich jeweils ähnliche Muster – allerdings auf unterschiedlichen Niveaus. Allerdings wirkt sich eine Verschlechterung bei einem tieferen Ausgangsniveau häufiger gravierend aus, z.B. dürfte eine Verschlechterung bei einer bereits bestehenden schlechten psychischen Befindlichkeit eher zu einer akuten psychischen Krise führen.

Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen

Für Kinder und Jugendliche lassen sich mit unseren – limitierten und auf Fremdeinschätzung beruhenden – Indikatoren kaum grössere Schwankungen in der psychischen Befindlichkeit über den Beobachtungszeitraum feststellen. Einzige Ausnahme ist der erste Frühlingslockdown 2020, als sich – vermutlich durch den Fernunterricht und die Einschränkung der sozialen Kontakte und der Empfehlung, zu Hause zu bleiben – eine leichte Erhöhung der durch die Eltern wahrgenommenen Hyperaktivität bei Vorschul- und Kindergartenkindern zeigte. Auch wenn die Pandemie bei einzelnen Kindern und Jugendlichen zu psychischen Krisen geführt oder bestehende verstärkt hat (Stocker et al., 2023), so lässt sich mit unseren Daten keine generelle Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie erkennen.

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 Massnahmen wurden im ersten Lockdown im Frühling 2020 am konsequentesten umgesetzt und mit zunehmender Dauer der Pandemie reduzierte sich die Adhärenz. Wie auch aus anderen Studien hervorgeht, hielten sich ältere Personen über den gesamten Verlauf der Pandemie hinweg relativ konstant ans Abstand Halten, während jüngere Personen ab 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 tertiärem Bildungsabschluss viel häufiger möglich war. Mit der Aufhebung aller Massnahmen im Februar 2022 sanken alle Adhärenz-Indikatoren deutlich. Dennoch hielten rund 30% der Befragten im November 2022 weiterhin am, zumindest teilweisen, Abstand Halten und Tragen von Gesichtsmasken fest. Beim Homeoffice zeigt sich zudem ein durch die Pandemie ausgelöster nachhaltiger Wandel: Im November 2022

arbeiteten immer noch 35% der Angestellten «teilweise oder mehr» im Homeoffice, darunter auch viele Angestellte, welche vor der Pandemie nicht im Homeoffice arbeiteten. Die optionale Arbeit im Homeoffice ist für einen beträchtlichen Teil der Angestellten zu einer neuen Normalität geworden (Heiniger & Höglinger, 2023).

Limitationen

Da die Erhebung des Covid-19 Social Monitors zu Beginn der Corona-Pandemie initiiert wurde, fehlen Vergleichswerte von vor der Pandemie für diese Stichprobe. Dank dem Einsatz etablierter 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 übervertreten, was insbesondere bei den älteren Personen zu einer gewissen Selektivität der Befragten geführt haben dürfte. Auch sind speziell vulnerable Gruppen, wie etwa schwer kranke, psychisch vorbelastete oder marginalisierte Personen sowie Personen, die nicht Deutsch, Französisch oder Italienisch sprechen, naturgemäss in Bevölkerungsbefragungen untervertreten. Zu ihnen lassen sich mit unserer Studie keine klaren Aussagen machen.

Implikationen

Die Ergebnisse des Covid-19 Social Monitors zeigen, dass die negativen Auswirkungen der Pandemie weniger ausgeprägt waren, als befürchtet. Die lange Beobachtungsdauer und die 24 Messzeitpunkte relativieren zudem einzelne «Ausreisser» und zeigen, dass diese oft nur kurzfristig Bestand hatten. 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 im Frühling 2020, waren zwar kurzfristig erhöht, insgesamt aber deutlich 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 Bedeutung einer differenzierten Analyse der Pandemieauswirkungen nach Subgruppen. Ebenfalls sichtbar wurden mit den Daten des Covid-19 Social Monitors die kurzfristig einschneidenden Auswirkungen der Pandemie auf die generelle medizinische Versorgung, welche bereits früh evidenzbasiert analysiert werden konnte (Höglinger, 2020; Höglinger et al., 2020). Diese Beispiele zeigen, wie wertvoll eine kontinuierliche Erfassung eines breiten Sets etablierter Indikatoren zur systematischen und evidenzbasierten Einschätzung der Befindlichkeit, Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist.

Literaturverzeichnis

- Baer, N., Cahn, T., Füglistler-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>
- Bringolf-Isler, B., Hänggi, J., Kayser, B., Suggs, L. S., Dössegger, A., & Probst-Hensch, N. (2021). COVID-19 pandemic and health related quality of life in primary school children in Switzerland: A repeated cross-sectional study. *Swiss Medical Weekly*, 151(4546), Article 4546. <https://doi.org/10.4414/SMW.2021.w30071>
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020a). Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Social Science & Medicine*, 265, 113521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113521>
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020b). 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. (2023, März 30). *Covid-19 Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/death?rel=abs&time=total>
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Dokumentation der Indizes von 1992 bis 2017*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.7566869.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020b, November 17). *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>
- Bundesamt für Statistik. (2021, Oktober 6). *Experimentelle Statistiken: Covid-19 und Lebensbedingungen in der Schweiz im Jahr 2021. Covid-19-Pandemie: Lebensbedingungen verschlechtern sich vor allem bei Jungen und Personen mit niedrigen Einkommen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.19204348.html>
- Bundesamt für Statistik. (2022, Oktober 3). *Weniger als 1000 Suizide im Jahr 2020—Langjährige Tendenz weiter sinkend—Suizide im Jahr 2020. Medienmitteilung*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23446122>
- Bundesamt für Statistik. (2023, April 17). *Im Jahr 2021 sind in der Schweiz 5957 Personen an Covid-19 gestorben—Todesursachenstatistik 2021 | Medienmitteilung*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/24267080>
- 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, Juli 30). *Wie viele Menschen haben meistens oder immer eine Maske getragen?* Corona Immunitas. <https://www.corona-immunitas.ch/aktuell/behavioural-graphs/>
- 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., Coyne, D., Freytag, V., Gerhards, C., Papassotiropoulos, A., Schickentanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A., & Zuber, P. (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., Coyne, D., Gerhards, C., Fehlmann, B., Freytag, V., Papassotiropoulos, A., Schickentanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A., & Zuber, P. (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. (2020a). Wohlbefinden und Sorgen während dem Lockdown. Retrieved from Lausanne: https://forscenter.ch/wp-content/uploads/2020/09/factsheet_wellbeing.pdf
- Ehrler, F., Monsch, G.-A., & Steinmetz, S. (2020b). *Wohlbefinden und Sorgen während dem Lockdown*. FORs. https://forscenter.ch/wp-content/uploads/2020/09/factsheet_wellbeing.pdf
- Eliassen, E. H., Weihe, P., & Petersen, M. S. (2022). The Faroese Septuagenarians cohort: A comparison of well-being before and during the COVID-19 pandemic among older home-dwelling Faroese. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(1), 136–143. <https://doi.org/10.1177/14034948211056209>
- 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
- Foster, S., Estévez-Lamorte, N., Walitza, S., Dzemaili, S., & Mohler-Kuo, M. (2022). Perceived stress, coping strategies, and mental health status among adolescents during the COVID-19 pandemic in Switzerland: A longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02119-y>
- Foster, S., Estévez-Lamorte, N., Walitza, S., & Mohler-Kuo, M. (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Young Adults' Mental Health in Switzerland: A Longitudinal Cohort Study from 2018 to 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- 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>
- Gustafsson, P. E., Nilsson, I., & San Sebastian, M. (2022). Venerable vulnerability or remarkable resilience? A prospective study of the impact of the first wave of the COVID-19 pandemic and quarantine measures on loneliness in Swedish older adults with home care. *BMJ Open*, 12(5), e060209. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060209>
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., & Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, 5(4), Article 4. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>
- 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. (2023). *Arbeitnehmende im Homeoffice während der Covid-19-Pandemie – Ausmass und Auswirkungen. Ergebnisse des COVID-19 Social Monitors* (Bericht zuhanden des SECO). ZHAW Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.
- Heiniger, S., Meier, F., Moser, A., Schmelzer, S., & Höglinger, M. (2021). *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 (Report for the Swiss Federal Office of Public Health). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23751>
- 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., 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-Informationenkampagne von Juni 2021 im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG*. Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Hermann, M. (2022). *COVID-19-Prävention: Informationsstand, Einstellungen und Verhalten. Wichtigste Ergebnisse der Wirkungsmessung von Februar/März 2022 zur Covid-19-Informationenkampagne im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG* [Kurzbericht]. Sotomo.
- 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(05), 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., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (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>
- Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D., & Künzi, K. (2022). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Aktualisierte Übersichtsstudie*. Bundesamt für Gesundheit.
- Jann, B. (2014). Plotting regression coefficients and other estimates. *Stata Journal*, 14(4), 708–737.
- 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.
- Kuh, D., Ben Shlomo, Y., & Ezra, S. (Hrsg.). (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001>
- 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 Pub. Co.
- Leung, C. M. C., Ho, M. K., Bharwani, A. A., Cogo-Moreira, H., Wang, Y., Chow, M. S. C., Fan, X., Galea, S., Leung, G. M., & Ni, M. Y. (2022). Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: A systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 12(1), 205. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01946-6>
- Leverton, T. J. (2003). Parental psychiatric illness: The implications for children. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 395. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000079218.36371.78>
- 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.e3. <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>
- 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>
- Madigan, S., Eirich, R., Pador, P., McArthur, B. A., & Neville, R. D. (2022). Assessment of Changes in Child and Adolescent Screen Time During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 176(12), 1188–1198. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.4116>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- 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>
- Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L., & Walitza, S. (2021). Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), Article 9.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18094668>
- 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), e0242129.
<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
- Nater, U. M., Ditzen, B., & Ehler, 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>
- OBSAN, S. G., Peter, C., Diebold, M., Delgrande Jordan, M., Dratva, J., Kickbusch, I., & Stronski, S. (Hrsg.). (2020). *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hofgreffe.
- OECD. (2021). *COVID-19 and Well-being: Life in the Pandemic*. OECD. <https://doi.org/10.1787/1e1ecb53-en>
- Pan, K.-Y., Kok, A. A. L., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., Rhebergen, D., Oppen, P. van, Giltay, E. J., & Penninx, B. W. J. H. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: A longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121–129. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30491-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30491-0)
- 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>
- Ramchandani, P., & Stein, A. (2003). The impact of parental psychiatric disorder on children. *BMJ*, 327(7409), 242–243. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7409.242>
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5), 399–407. <https://doi.org/10.1023/A:1008853819715>
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2000). *Manual KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form*. <https://www.kindl.org/>
- 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/>
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D., & Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 173–189. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- 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>
- Schmidt, S. J., Barblan, L. P., Lory, I., & Landolt, M. A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1901407. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1901407>
- Schuler, D., Roth, S., & Peter, C. (2022). *Psychopharmaka in der Schweiz* (OBSAN Bulletin 01/2022). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- 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
- Schuler, D., Tuch, Alexandre, Sturny, Isabelle, & Peter, Claudio. (2022). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19* (OBSAN Bulletin 02/2022). <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2022-psychische-gesundheit>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2021). *Lebensqualität*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/lebensqualitaet>
- 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>
- Shanbehzadeh, S., Tavahomi, M., Zanjari, N., Ebrahimi-Takamjani, I., & Amiri-arimi, S. (2021). Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, 110525. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>
- 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>

- Sommerfeld, P., Hess, N., & Bühler, S. (2021). *Soziale Arbeit in der Covid-19 Pandemie. Eine empirische Studie zur Arbeitssituation, Belastung und Gesundheit von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Schweiz. Ergebnisbericht.*
- Stocker, D., Jäggi, J., Genin, F., & Pucci-Meier, L. (2023). Psyche der Jugend in der Krise. *Schweizerische Ärztezeitung*, 103(10), 37–40. <https://doi.org/10.4414/saez.2023.21352>
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht.* Bundesamt für Gesundheit.
- 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., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- van der Velpen, I. F., Melis, R. J. F., Hussainali, R. F., Perry, M., Vernooij-Dassen, M. J. F., Ikram, M. A., Luik, A. I., & Vernooij, M. W. (2022). Determinants of social health trajectories during the COVID-19 pandemic in older adults: The Rotterdam Study. *International Psychogeriatrics*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S1041610221002891>
- Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD). (2021b). *Lehrpersonen im Dauersprint: Umfrage-ergebnisse zur zweiten Welle.* <https://vpod.ch/brennpunkte/coronavirus/vpod-umfrage-bei-den-lehrpersonen/>
- Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD). (2021a). *Umfrage im Sozialbereich zeigt: Es braucht mehr Wertschätzung und Personal!* <https://vpod.ch/brennpunkte/corona-rus/vpod-umfrage-im-sozialbereich-und-der-kinderbetreuung/>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- von Stokar, T., Vettori, A., Fries, S., Trageser, J., & von Dach, A. (2021). *Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen* [Schlussbericht]. Infrasa.
- Von Wyl, V., Höglinger, M., Sieber, C., Kaufmann, M., Moser, A., Serra-Burriel, M., Ballouz, T., Menges, D., Frei, A., & Puhon, M. A. (2021). Drivers of Acceptance of COVID-19 Proximity Tracing Apps in Switzerland: Panel Survey Analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, 7(1), e25701. <https://doi.org/10.2196/25701>
- Wester, C. T., Bovil, T., Scheel-Hincke, L. L., Ahrenfeldt, L. J., Möller, S., & Andersen-Ranberg, K. (2022). Longitudinal changes in mental health following the COVID-19 lockdown: Results from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Annals of Epidemiology*, 74, 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.05.010>
- Wilson-Genderson, M., Heid, A. R., Cartwright, F., Collins, A. L., & Pruchno, R. (2022). Change in Loneliness Experienced by Older Men and Women Living Alone and With Others at the Onset of the COVID-19 Pandemic. *Research on Aging*, 44(5–6), 369–381. <https://doi.org/10.1177/01640275211026649>
- World Health Organization. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt.* World Health Organization WHO. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- World Health Organization. (2023). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.* World Health Organization. <https://covid19.who.int/>
- Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2022). Immediate and Longer-Term Changes in the Mental Health and Well-being of Older Adults in England During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 151. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3749>

A 1. Publikationsverzeichnis Covid-19 Social Monitor

- Daniore, P., Nittas, V., Ballouz, T., Menges, D., Moser, A., Höglinger, M., Villiger, P., Schmitz-Grosz, K., & Wyl, V. (2022). Performance of the Swiss Digital Contact-Tracing App Over Various SARS-CoV-2 Pandemic Waves: Repeated Cross-sectional Analyses. *JMIR Public Health and Surveillance*, 8(11), e41004. <https://doi.org/10.2196/41004>.
- 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>.
- Heiniger, S., & Höglinger, M. (2023). Arbeitnehmende im Homeoffice während der Covid-19-Pandemie – Ausmass und Auswirkungen. Ergebnisse des COVID-19 Social Monitors. Bericht zuhanden des SECO. ZHAW Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.
- Heiniger, S., Schliek, M., Moser, A., von Wyl, V., & Höglinger, M. (2022). Differences in COVID-19 vaccination uptake in the first 12 months of vaccine availability in Switzerland – a prospective cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 13. <https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30162>.
- Heiniger, S., Meier, F., Moser, A., Schmelzer, S., & Höglinger, M. (2021). 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 (Report for the Swiss Federal Office of Public Health). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23751>.
- 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. Report for the Swiss Federal Office of Public Health. <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>.
- Menges, D., Aschmann, H. E., Moser, A., Althaus, C. L., von Wyl, V. (2021). A Data-Driven Simulation of the Exposure Notification Cascade for Digital Contact Tracing of SARS-CoV-2 in Zurich, Switzerland. *JAMA Network Open*, 4(4), e218184. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8184>
- 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 Surveillance*, 7(1). <https://doi.org/10.2196/25701>.

Blogbeiträge

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. (28. April 2022) *Rückblick auf ein Jahr Covid-19-Impfung – wer liess sich wann impfen und wer nicht?* [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](#)