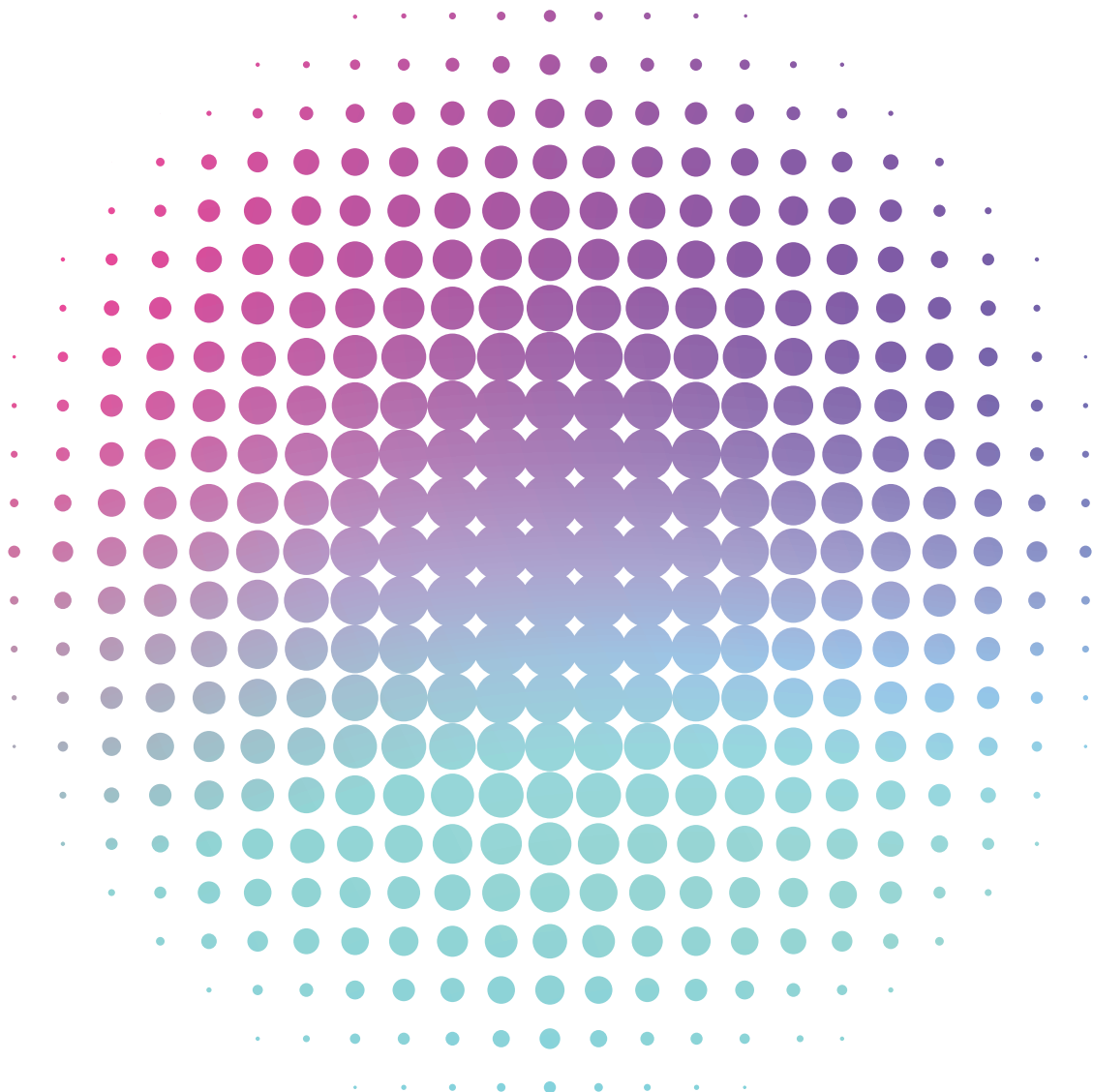




Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit» konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autorinnen/Autoren

Jürg Guggisberg, Lena Liechti, Tabea Kaderli, Tabea Keller (BASS),
Marc Höglinger (ZHAW)
Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG
Konsumstrasse 20, CH-3007 Bern
+41 (0)31 380 60 80, info@buerobass.ch
www.buerobass.ch

Auskünfte

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20, CH-3003 Bern

Frédéric Widmer (Forschung und Evaluation)
+41 (0)58 464 79 75
frederic.widmer@bsv.admin.ch

Adelaide Bigovic (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)
+41 (0)58 463 56 22
adelaide.bigovic@bsv.admin.ch

Doris Lüthi (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)
+41 (0)58 462 91 23
doris.luethi@bsv.admin.ch

ISSN

1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion Deutsch)

Copyright

Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer

318.010.2/25D

Publikationsdatum und Auflage

Januar 2025, 1. Auflage

Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Wie wirkt sich Long Covid auf die Sozialversicherungen aus? So lautet die zentrale Frage des Postulats 21.3454 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates «Auswirkungen von Long Covid». Das Bundesamt für Sozialversicherungen hat das Büro BASS mit einer Studie beauftragt, die diese Frage spezifisch betreffend die Auswirkungen von Long Covid auf die Invalidenversicherung (IV) beantworten soll.

Die Studienergebnisse ermöglichen eine vorläufige Bilanz (Stand Ende 2023) zur Anzahl Long-Covid-Betroffener, die sich bei der IV angemeldet haben, und zu den Leistungen und Massnahmen aus den Bereichen Abklärung, Eingliederung und Renten, die ihnen von der IV zugesprochen wurden. Um die Resultate für die Long-Covid-Betroffenen besser einordnen zu können, wurde eine Vergleichsgruppe aus Personen ohne Long Covid gebildet. Was die Auswirkungen von Long Covid auf die IV betrifft, gehen aus der Studie hauptsächlich drei Feststellungen hervor:

Erstens ist die Anzahl Personen mit Long-Covid-Symptomen, die sich bei der IV angemeldet haben, begrenzt: Ende 2023 belief sie sich auf rund 2900. Die Long-Covid-Fälle machen damit nur einen kleinen Anteil der Neuanmeldungen bei der IV aus (rund 1,6 Prozent) und die Zahl ist leicht rückläufig. Als Zweites ist jedoch festzustellen, dass es sich dabei um komplexe Situationen handelt, die für die versicherten Personen und für die IV eine Herausforderung darstellen. Personen, die sich wegen Long Covid bei der IV angemeldet haben, weisen besonders schwere Symptome auf (insbesondere Fatigue/Belastungsintoleranz und neuro-kognitive Störungen). In neun von zehn Fällen beträgt die Arbeitsunfähigkeit zum Anmeldezeitpunkt 100 Prozent. Ein beträchtlicher Teil dieser Personen, nämlich rund 40 Prozent, ist auch zwei Jahre nach der Anmeldung bei der IV noch voll arbeitsunfähig. Jede vierte von Long Covid betroffene Person hat innerhalb von zwei Jahren nach der IV-Anmeldung die Arbeitsstelle verloren.

Drittens hebt die Studie die intensiven Bemühungen der IV bei der Unterstützung der Betroffenen hervor, und zwar sowohl im Hinblick auf die Eingliederung als auch auf die Renten. Gegenüber der Vergleichsgruppe haben Personen mit Long Covid mehr Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen der IV erhalten. Ende 2023 haben zudem mehr Personen mit Long Covid eine Rente bezogen als dies in der Vergleichsgruppe der Fall war. Einem Drittel der Personen mit Long Covid, für die bereits in den ersten zwei Jahren nach der Anmeldung bei der IV ein Rentenentscheid vorliegt, wurde eine Rente zugesprochen.

Aus der Perspektive des Gesamtsystems IV betrachtet, sind die Leistungen für Long-Covid-Betroffene marginal im Vergleich mit dem Gesamttotal aller zugesprochenen Leistungen in einem Jahr. Die vorliegende Studie zeigt, dass die IV die ihr zur Verfügung stehenden Instrumente nutzt, um versicherte Personen, die von Long Covid betroffen sind, zu unterstützen.

Gleichzeitig belegt die Studie auch die häufig schweren Krankheitsverläufe der betroffenen Menschen, die eine IV-Anmeldung erforderlich machen, und weist auf die Notwendigkeit hin, die langfristige Entwicklung der Long-Covid-Fälle im Auge zu behalten. Das Virus wird nicht verschwinden und seine künftigen Auswirkungen auf die betroffenen Personen und die IV bleiben ungewiss.

Florian Steinbacher
Vizedirektor des BSV
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Quelles sont les conséquences du COVID long sur les assurances sociales ? C'est en substance la question posée par le postulat 21.3454 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national « Conséquences du "COVID long" ». L'Office fédéral des assurances sociales a mandaté le bureau BASS afin de répondre à cette question plus spécifiquement pour l'assurance-invalidité (AI).

Les résultats de l'étude permettent de tirer un premier bilan sur le nombre de personnes atteintes du COVID long ayant déposé une demande à l'AI et sur les prestations et mesures qui leur ont été octroyées en matière d'instruction, de réadaptation et de rentes jusqu'à la fin 2023. Afin de mieux répertorier les différents cas, l'étude a établi une comparaison avec un groupe de référence constitué de personnes non atteintes de la maladie. L'étude permet de dresser trois constats principaux du point de vue de l'AI :

Le premier constat est que le nombre de personnes atteintes de symptômes du COVID long ayant fait une demande à l'AI est restreint, s'élevant à environ 2900 fin 2023. La part des cas de COVID long ne représente ainsi qu'une faible proportion des nouvelles demandes à l'AI (environ 1.6 %), et sa tendance est à la baisse. Le second constat est qu'il s'agit toutefois de situations complexes qui représentent un défi pour les personnes assurées et pour l'AI. Les personnes qui déposent une demande à l'AI en raison d'un COVID long présentent des symptômes particulièrement graves (notamment fatigue/intolérance à l'effort et troubles neurocognitifs). Dans neuf cas sur dix, l'incapacité de travail au moment de l'annonce est de 100 %. Dans bon nombre de cas, la personne est encore en incapacité de travail à 100 % deux ans après. Une personne sur quatre perd son emploi dans les deux ans qui suivent l'annonce à l'AI suite à un COVID long.

Enfin, l'étude a permis de mettre en lumière les efforts particulièrement intensifs de l'AI dans le soutien des personnes concernées, tant du point de vue de la réadaptation que des rentes. Les personnes atteintes du COVID long ont bénéficié de plus de mesures d'instruction et de réadaptation de l'AI que les personnes du groupe de référence. Fin 2023, la proportion de personnes percevant une rente de l'AI était en outre plus élevée chez les personnes souffrant du COVID long que dans le groupe de référence. Un tiers des personnes atteintes de la maladie et ayant reçu une décision dans les deux années suivant leur annonce à l'AI se sont vu octroyer une rente.

À l'échelle de l'AI, les prestations accordées aux personnes atteintes du COVID long ne représentent qu'une part marginale de toutes les prestations octroyées sur une année complète. La présente étude montre que l'AI utilise les instruments à sa disposition pour soutenir les assurés atteints du COVID long.

Néanmoins, elle documente aussi les difficultés que présente souvent l'évolution de la maladie ainsi que la nécessité d'un dépôt de demande de prestation à l'AI, et souligne la nécessité d'un suivi de l'évolution à long terme des cas de Covid long. En effet, ce virus s'est installé durablement et ses effets futurs sur les personnes concernées et sur l'AI restent incertains.

Florian Steinbacher
Vice-directeur de l'OFAS
Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Quali sono le ripercussioni della sindrome post COVID-19 (detta anche «COVID lunga») per le assicurazioni sociali? È sostanzialmente questa la domanda posta dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale con il postulato 21.3454 Effetti della Covid lunga. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha incaricato l'ufficio BASS di esaminare la questione più specificamente per quanto concerne l'assicurazione invalidità (AI).

I risultati dello studio permettono di fare un primo bilancio (stato alla fine del 2023) sul numero delle persone affette da COVID lunga che si sono annunciati all'AI e sulle prestazioni e sui provvedimenti concessi loro, in particolare provvedimenti di accertamento e d'integrazione come pure rendite. Per poter classificare meglio i risultati per le persone affette da COVID lunga, è stato costituito un gruppo di confronto composto da persone senza questa patologia. Lo studio permette di giungere a tre constatazioni principali dal punto di vista dell'AI.

La prima è che il numero delle persone con sintomi da COVID lunga che hanno presentato una richiesta di prestazioni all'AI è ristretto (circa 2900 unità alla fine del 2023). La quota dei casi di COVID lunga rappresenta dunque soltanto una parte esigua delle nuove richieste di prestazioni all'AI (circa l'1,6 per cento) e tende peraltro a diminuire. La seconda constatazione è che si è tuttavia di fronte a situazioni complesse, che rappresentano una sfida sia per gli assicurati che per l'AI. Le persone che fanno richiesta di prestazioni all'AI per COVID lunga presentano sintomi particolarmente gravi (in particolare affaticamento/intolleranza allo sforzo e problemi neurocognitivi). In nove casi su dieci, al momento della richiesta la loro incapacità al lavoro è del 100 per cento. Una quota considerevole di queste persone, ovvero circa il 40 per cento, ha ancora la stessa incapacità al lavoro a due anni di distanza. Una persona su quattro perde l'impiego nei due anni successivi alla richiesta di prestazioni all'AI per COVID lunga.

Infine, lo studio ha messo in evidenza gli sforzi particolarmente intensi dell'AI per sostenere i diretti interessati, dal punto di vista sia dell'integrazione che delle rendite. Rispetto al gruppo di confronto, alle persone affette da COVID lunga sono stati concessi più provvedimenti di accertamento e d'integrazione. Alla fine del 2023, inoltre, il numero di persone affette da COVID lunga che hanno ricevuto una rendita è stato superiore a quello delle persone del gruppo di confronto. Un terzo delle persone con questa patologia per le quali è stata emanata una decisione in materia di rendita già nei primi due anni dalla richiesta di prestazioni all'AI ha ricevuto una rendita.

Nell'ottica del sistema globale dell'AI, le prestazioni per le persone affette da COVID lunga sono marginali rispetto al totale di tutte le prestazioni concesse in un anno. Lo studio dimostra che l'AI sta utilizzando gli strumenti a sua disposizione per sostenere gli assicurati con questa patologia.

Nel contempo, però, documenta il decorso spesso grave della malattia con cui i diretti interessati devono fare i conti, tale da rendere necessaria una richiesta di prestazioni all'AI, e attesta la necessità di seguire l'evoluzione dei casi di COVID lunga nel lungo periodo. Infatti, il virus SARS-CoV-2 si è ormai impiantato durevolmente e i suoi effetti futuri sulle persone che ne sono colpite e sull'AI restano incerti.

Florian Steinbacher
Vicedirettore dell'UFAS
Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

What are the implications of Long Covid for Switzerland's social insurance system? This is the central question of the National Council Social Security and Health Committee postulate 21.3454 ('Consequences of Long Covid'). In response, the Federal Social Insurance Office commissioned researchers at Büro BASS to answer this question for the Invalidity Insurance (IV) scheme specifically.

The research findings provide an initial assessment of the number of people living with Long Covid who had registered with the IV by the end of 2023 as well as the IV benefits and measures – training, rehabilitation and pensions – they had received. In order to better understand the results for those affected by Long Covid, a comparison group was formed consisting of people without Long Covid.

There are three main takeaways from the study regarding the implications of Long Covid for the IV insurance scheme. First, the number of individuals with Long Covid symptoms who applied to the IV is low, totalling 2,900 by the end of 2023. At around 1.6%, Long Covid cases account for a small and increasingly shrinking share of new IV applicants. Secondly, however, it should be noted that these are complex situations that pose a challenge for the insured persons and for the IV. Those who have registered with the IV because of Long Covid show particularly severe symptoms, such as fatigue, post-exertional malaise and neurocognitive difficulties. Nine Long Covid sufferers out of ten were fully unable to work (100% work incapacity) at the time of applying to the IV scheme. For around 40% of this group, this remained the case two years later. One in four lose their job because of their Long Covid symptoms within two years of their initial contact with the IV scheme.

Finally, the study revealed the intensive efforts of the IV scheme to support this group through rehabilitation measures and pensions. Applicants with Long Covid received more IV clarification and integration measures than the comparison group. By the end of 2023, the rate of successful IV pension claims was also higher among the Long Covid cohort. One third of people with Long Covid who had received an IV pension decision within the first two years of filing a claim with the IV, were granted a pension.

From the perspective of the IV scheme overall, the benefits awarded to people with Long Covid account for a marginal share of total benefit awarded over one year. The present study shows that the IV uses the instruments at its disposal to support insured persons affected by Long Covid.

Another important finding of the study is the often negative progression of the condition, which ultimately compels the sufferer to apply for IV benefits. The study stresses the need to track the evolution of Long Covid cases in the long term. The virus will not go away and its future impact on sufferers and on the IV scheme remains uncertain.

Florian Steinbacher
Deputy Director of the FSIO
Head of Invalidity Insurance

Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung

Schlussbericht

Im Auftrag
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik
Bereich Forschung und Evaluation

Jürg Guggisberg, Lena Liechti, Tabea Kaderli, Tabea Keller (Büro BASS)
Marc Höglinger (ZHAW)

Bern, 19. Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Résumé	I
Riassunto	VII
Summary	XIII
1 Ausgangslage und Fragestellungen	1
2 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen	1
2.1 Literaturanalyse	1
2.2 Analyse IV-Dossiers	1
2.2.1 Stichprobenziehung aus dem Covid-19-Monitoring der IV-Stellen	2
2.2.2 Kodierung der Dossiers	3
2.3 Informationen aus den IV-Registern	6
2.4 Statistische Auswertung der gesammelten Informationen	7
2.5 Befragung der IVST und RAD	9
3 Aktueller Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen	11
3.1 Definition von Long-Covid	11
3.2 Betroffene und Risikofaktoren	11
3.3 Symptomatik und Beschwerden	12
3.4 Diagnostik	13
3.5 Therapie und Prognose	13
4 Long-Covid-Fälle bei der IV	15
4.1 Anzahl Long-Covid-Fälle bei der IV und Anteil an allen Anmeldungen	15
4.2 Anmeldezeitpunkt und Rolle der Früherfassung	17
4.3 Soziodemografische Zusammensetzung	18
4.4 Erwerbssituation und Arbeits(un)fähigkeit zum Zeitpunkt der Anmeldung	19
4.5 Medizinische Situation	20
4.5.1 Long-Covid-Symptome	20
4.5.2 Komorbiditäten	21
4.5.3 Zeitpunkt und Verlauf der Covid-Infektion	22
4.6 Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse	23
5 Massnahmen und Renten	25
5.1 Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie Hilfsmittel	25
5.1.1 Zusprache von Massnahmen nach soziodemografischen Merkmalen	32

5.1.2	Determinanten für die Zusprache einer Massnahme bei Long-Covid-Fällen	37
5.1.3	Beurteilung und Einschätzung der Ergebnisse	38
5.2	Rentenverfügungen: Rentenzusprachen und Ablehnungen	38
5.2.1	Rentenentscheide 2 Jahre nach Anmeldung (Stand August 2023)	38
5.3	Rentensituation per Ende 2023	42
5.3.1	Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse zu Rentenentscheiden und Rentenzusprachen	45
5.4	Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse Zusprache von Massnahmen und Renten	46
6	Entwicklung Arbeitsfähigkeit und Stellenverlust	49
6.1	Entwicklung Arbeitsfähigkeit	49
6.2	Stellenverlust	52
6.3	Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse	52
7	Einschätzungen und Erfahrungen der IV-Stellen und RAD	55
7.1	Auswirkungen auf die Fallzahlen und Arbeitsbelastung	55
7.2	Abklärungsprozess	56
7.3	Ergebnisse des IV-Verfahrens und Handlungsbedarf	59
7.4	Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse	60
8	Schlussfolgerungen und Fazit	63
9	Literaturverzeichnis	67
10	Tabellenanhang	69

Zusammenfassung

Zusammenfassung

Mit der Annahme des Postulats 21.3454 «Auswirkungen von Long Covid» der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) wurde das Geschäftsfeld Invalidenversicherung (GF IV) des BSV beauftragt, einen Bericht zur Erfüllung des Postulats zu erstellen. Mit der vorliegenden Studie «Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung» sollen die Auswirkungen der Long-Covid-19-Erkrankung basierend auf dem aktuellen Wissensstand und den vorhandenen Erfahrungen insbesondere auf die Invalidenversicherung untersucht werden. Die Resultate der Untersuchung sollen u.a. in den durch die Verwaltung zu erstellenden Bericht in Erfüllung des Postulats 21.3454 einfließen.

Fragestellung und Vorgehen

Die Studie verfolgt mehrere Ziele. Erstens wurde eine Literaturanalyse zum aktuellen Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen durchgeführt, um die empirischen Ergebnisse und Befunde zu den Long-Covid-Betroffenen in der IV besser einordnen zu können. Zweitens wurde ermittelt, wie viele Long-Covid-Betroffene sich bei der Invalidenversicherung angemeldet haben, welche Leistungen und Massnahmen aus den Bereichen Abklärung, Frühintervention und Eingliederung die Invalidenversicherung den Betroffenen bisher zugesprochen hat und wie viele versicherte Personen bisher eine Rente erhalten haben (Stand Ende 2023). Den Ergebnissen zugrunde liegt eine quantitativ ausgerichtete Dossieranalyse einer Stichprobe von rund 500 Dossiers, die aus dem von den IV-Stellen seit Anfang 2021 geführten Covid-Monitoring gezogen wurde. Daraus wurden Informationen zur Erfassung der medizinischen Situation, der Arbeitsunfähigkeit sowie zum Stand der Rentenabklärung der bei der IV angemeldeten Personen mit Long-Covid-Beschwerden entnommen. Zusätzlich zu den Informationen aus den Dossiers wurden die Daten mit Informationen aus den IV-Registern ergänzt. Darin sind u.a. die Leistungszusprachen erfasst. Damit eine Einordnung der für das Long-Covid-Sample ermittelten Zahlen gewährleistet werden kann, wurde eine Vergleichsgruppe aus Personen ohne Long-Covid gebildet, die sich in derselben Periode wie die Long-Covid-Betroffenen bei der Invalidenversicherung angemeldet haben. Drittens gibt eine bei allen IV-Stellen durchgeführte Onlinebefragung einen Überblick über die bisherigen Erfahrungen der Invalidenversicherung mit Long-Covid-Betroffenen aus der IV. Nicht Gegenstand der Untersuchung war eine Analyse und Beurteilung der Qualität der Prozesse, Entscheide und Leistungsgutachten, noch wurde untersucht, wie die Betroffenen die Unterstützung durch die IV wahrnehmen.

Literaturanalyse zum aktuellen Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen

Der Wissensstand zu Long-Covid ist dynamisch und unterliegt kontinuierlichen Veränderungen. Die WHO definiert Long-Covid als Symptome, die innerhalb von drei Monaten nach einer SARS-CoV-2-Infektion auftreten und mindestens zwei Monate anhalten. Die Prävalenz von Long-Covid wird auf etwa 5% der SARS-CoV-2-Infizierten geschätzt, wobei schwerwiegende, langanhaltende Fälle seltener sind. Es sind letztere, welche für die vorliegende Fragestellung relevant sind: Patientinnen und Patienten, welche auch noch nach 12 und mehr Monaten mit schweren Beschwerden und einer starken Einschränkung der Alltagsaktivitäten und Arbeitsfähigkeit kämpfen. Die meisten Long-Covid-Betroffenen hatten einen milden akuten Covid-Verlauf; Frauen, ältere Menschen und Personen mit chronischen Krankheiten sind häufiger betroffen. Mit zunehmendem Pandemieverlauf scheint das Risiko von Long-Covid-Neuerkrankungen gesunken zu sein, u.a. aufgrund der neuen Virusvarianten und der zunehmenden Immunität in der Bevölkerung.

Die Symptome von Long-Covid sind vielfältig, mit über 200 dokumentierten Symptomen. Die häufigsten Symptomcluster sind Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Probleme, Fatigue und kognitive Beeinträchtigungen. Viele Long-Covid-Betroffene mit chronischen Beschwerden zeigen Symptome ähnlich dem myalgischen Enzephalomyelitis/chronischen Fatigue-Syndrom (ME/CFS), was zu erheblichen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit führt. Generelle diagnostische Marker für Long-Covid fehlen bisher, obwohl spezifische Tests für einzelne Symptome existieren. Die Therapiemöglichkeiten beschränken sich auf die Linderung der Symptome und das Coping. Für Patientinnen und Patienten mit Fatigue und Belastungsintoleranz ist Schonung und Pacing wichtig, um eine Zustandsverschlechterung zu vermeiden. Die Prognose für Betroffene mit schweren, langanhaltenden Beschwerden ist schlecht und viele werden lebenslang mit grossen Einschränkungen in Alltagsaktivitäten und Arbeitsfähigkeit leben müssen.

Long-Covid-Fälle bei der Invalidenversicherung

Per Ende 2023 ist von mindestens 2'900 Menschen mit Long-Covid-Symptomen auszugehen, die sich bei der IV angemeldet haben. Nur selten, in rund einem von sieben Fällen, wird Long-Covid in einem bereits laufenden IV-Verfahren relevant. Wir sprechen dabei vom LC1-Sample, den laufenden IV-Fällen mit Long-Covid. Bei der grossen Mehrheit der Long-Covid-Fälle handelt es sich um Personen, die sich wegen der Long-Covid-Erkrankung bei der IV neu angemeldet haben, dem LC2-Sample, das die sogenannte «neuen» IV-Fälle (IV-Neuanmeldungen mit Long-Covid) enthält.

Die Anmeldung erfolgte in der Mehrzahl aller Fälle 4 bis 12 Monate nach der Covid-Infektion, bei einem kleineren Teil aber auch mehr als ein Jahr danach. Frauen haben zwar ein geringeres Risiko für eine schwere akute Covid-Erkrankung als Männer, sie erkranken aber gemäss bisherigen Erkenntnissen häufiger an Long-Covid. Dieses Muster zeigt sich auch bei den Long-Covid-Fällen der IV: Frauen machen fast zwei Drittel (64%) der Long-Covid-Fälle bei der IV aus und sind damit deutlich übervertreten.

Seit Anfang 2021 haben Long-Covid-Fälle bei der IV zugenommen, sind aber seit Ende 2022 wieder rückläufig. Am Total aller IV-Neuanmeldungen aus dieser Periode machen die Long-Covid-Fälle rund 1.8% bzw. 1.6% (nur Neuanmeldungen mit Long-Covid) aus. Weil für die Studie nur jene Long-Covid-Fälle identifiziert werden konnten, die per August 2023 in den Dossiers eine medizinische Stellungnahme enthalten haben, in welcher eine Long-Covid-Erkrankung festgestellt oder zumindest explizit vermutet wird, ist es möglich, dass die Zahl der Personen mit Long-Covid, die bei der IV sind, in dieser Studie unterschätzt wird. So gibt es rund 1'000 Fälle aus dem Covid-Monitoring 2021/2022, bei denen zum Zeitpunkt der Durchführung der Dossieranalyse (noch) keine klaren Hinweise auf Long-Covid-Symptome vorhanden waren. Das ist rund ein Drittel aller im Covid-Monitoring erfassten Personen. Es ist möglich, dass zumindest für einen Teil in der Zwischenzeit klare medizinische Befunde für Long-Covid-Beschwerden vorliegen. Weiter ist davon auszugehen, dass gewisse Long-Covid-Betroffenen sich erst mit einer längeren Verzögerung oder gar nicht bei der IV anmelden und deshalb (noch) nicht in den verfügbaren Daten auftauchen. Wie gross genau diese Zahl ist, lässt sich nicht abschätzen. Offen bleibt, inwiefern künftig vermehrt Personen mit Long-Covid typischen Symptomen zur IV gelangen (z.B. ME/CFS – Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches-Fatigue-Syndrom), die aber nicht mit einer Covid-Infektion in Verbindung stehen.

Die Krankheitssymptome von Long-Covid sind wie oben ausgeführt sehr vielfältig. Auffällig bei Personen mit Long-Covid, die sich bei der IV angemeldet haben, ist die grosse Bedeutung des Symptomclusters Fatigue/Belastungsintoleranz, dem sich 85% der Fälle zuordnen lassen und von neuro-kognitiven Störungen mit rund 60%. Dies weist darauf hin, dass die Long-Covid-Betroffenen bei der IV an besonders schweren Symptomen mit grossen Auswirkungen auf die Funktionalität leiden. Dies spiegelt sich auch in der Arbeitsunfähigkeit zum Anmeldezeitpunkt wider: diese beträgt für 9 von 10 Fällen 100%.

Long-Covid trifft, das zeigt auch die Forschung, Junge wie Alte, Gesunde und chronisch Kranke. Ein Drittel der Personen mit Long-Covid bei der IV weist keinerlei weitere gesundheitliche Beeinträchtigung neben Long-Covid auf und war vor der Long-Covid-Erkrankung völlig gesund. Klare Aussagen dazu, inwiefern gewisse chronische Erkrankungen ein Risikofaktor für Long-Covid sind, lässt die Literatur Stand heute nicht zu. Mit 66% liegt der Anteil der Personen mit einer chronischen Erkrankung (zusätzlich zu Long-Covid, eine sog. Komorbidität) bei den identifizierten Long-Covid-Fällen etwas höher als in der Allgemeinbevölkerung, wie ein Vergleich mit Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigt. Die Abgrenzung von Symptomen einer Long-Covid-Erkrankung und anderen chronischen Erkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen ist zudem nicht immer ganz klar. Auch kognitive und psychische Auswirkungen einer Long-Covid-Erkrankung wie Schlaf-, oder Angststörungen, post-traumatische Belastungsstörungen oder Depressionen können oft nicht klar von «vorbestehenden» psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Möglicherweise wird deshalb die Rate an Komorbiditäten in dieser Studie eher überschätzt. Dass Komorbiditäten zunehmen, je länger eine Person bereits bei der IV ist, deutet darauf hin, dass es sich bei einem Teil der Komorbiditäten nicht um Vorerkrankungen handelt, die bereits vor der Long-Covid-Erkrankung bestanden, sondern eher um Begleiterscheinungen oder Folgen der Long-Covid-Erkrankung.

Im Zeitraum von 2 Jahren ab IV-Anmeldung können bei rund 60% erste Verbesserungen in der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Ein erheblicher Anteil der Long-Covid-Betroffenen – insb. ältere Personen und Personen mit mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen – ist aber auch nach 2 Jahren noch zu 100% arbeitsunfähig. Generell zeigt sich, dass Verbesserungen entweder schnell oder dann aber kaum eintreten. Rund jede vierte von Long-Covid betroffene Person hat seit der Anmeldung bei der IV in einem Zeitraum von einem bis zwei Jahren die Arbeitsstelle verloren. Ein direkter Vergleich mit Neuanmeldungen ohne Long-Covid aus derselben Periode liegt nicht vor. Aus einem Vergleich mit Ergebnissen aus einer anderen Studie (Guggisberg et al. 2023) besteht die begründete Vermutung, dass das Risiko eines Stellenverlusts für Long-Covid-Betroffene jedoch höher ist als für Personen ohne Long-Covid. Die Untersuchung von Guggisberg et al. 2023 zeigt auf, dass von allen Neuanmeldungen im Jahr 2017 rund jede vierte Person ihre Stelle innerhalb von vier Jahren ab Anmeldung verloren hat. Im LC2-Sample hat schon nach zwei Jahren jede vierte Person ihre Arbeitsstelle verloren.

Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen

Analysiert wurden Anzahl, Geschwindigkeit und Kosten von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen für Long-Covid-Betroffene im Vergleich zur Referenzgruppe (RG). Dabei hat sich gezeigt, dass für Long-Covid-Betroffene innerhalb von 12 bzw. 24 Monaten ab Anmeldung im Vergleich zur Referenzgruppe («RG») nicht weniger, sondern in der Tendenz eher etwas mehr Massnahmen verfügt werden. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass Long-Covid-Betroffene mit vergleichsweise starken Einschränkungen konfrontiert sind. Es wird unterschieden zwischen Massnahmen, die verfügt und schon verrechnet sind und solchen, die verfügt wurden, aber noch keine Verrechnung erfolgt ist. Wenn eine Massnahme verfügt und verrechnet wurde, steht fest, dass die Massnahme auch tatsächlich durchgeführt wurde und nicht, bspw. aufgrund Änderungen in der gesundheitlichen Situation verschoben wurde.

Die wichtigsten Zahlen dazu im Überblick:

■ Medizinisch-berufliche Abklärungsmassnahmen: Für 10.2% der Long-Covid-Betroffenen wurde innerhalb von 12 Monaten ab Anmeldung mindestens eine Abklärungsmassnahme verfügt und für 4.3% schon eine verrechnet. Im Vergleich zur Referenzgruppe der IV-Neuanmeldungen ohne Long-Covid sind das mehr als doppelt so viele. Hier beträgt der Anteil an verfükten medizinisch-beruflichen

Abklärungsmassnahmen 4.2%, wobei bei 2.9% schon eine Verrechnung der Leistung stattgefunden hat. Die durchschnittlichen Kosten für Abklärungsmassnahmen sind bei Long-Covid-Fällen leicht höher und die Streuung der Kosten ist etwas grösser als in der Referenzgruppe. Die durchschnittliche Dauer bis zur Verfügung der Abklärungsmassnahme beträgt für die Referenzgruppe rund 8 Monate und für die Long-Covid-Fälle etwas mehr als 8 Monate.

■ **Eingliederungsmassnahmen (inkl. FI-Massnahmen):** Für 47.1% der Personen mit Long-Covid wurde innerhalb von 12 Monaten ab Anmeldung mindestens eine Eingliederungsmassnahme verfügt, leicht mehr als für die Referenzgruppe (41.6%). Am häufigsten sind Massnahmen aus dem Bereich der Frühintervention (Long-Covid: 39.6%; Referenzgruppe 31.5%). Auch Integrationsmassnahmen (Long-Covid: 9.4%; Referenzgruppe 5.7%) sowie berufliche Massnahmen (Long-Covid: 12.4%; Referenzgruppe 9.7%) werden vergleichsweise häufig zugesprochen. Die durchschnittlichen Kosten pro Bezügerin oder Bezüger von Eingliederungsmassnahmen (inkl. FI) betragen rund 5'000 Franken. Dieser Wert ist für Personen mit Long-Covid und Personen der Referenzgruppe vergleichbar. Über alle Eingliederungsmassnahmen (inkl. FI) hinweg sind die Kosten pro Leistungsbezügerin bzw. Leistungsbezüger für Personen mit Long-Covid etwas tiefer, aber grundsätzlich mit jenen der Referenzgruppe vergleichbar. Bis zu einer Verfügung einer Frühinterventionsmassnahme dauert es im Durchschnitt für beide Gruppen rund 2 Monate, für berufliche Massnahmen und Integrationsmassnahmen rund 8 Monate.

Renten

24 Monate nach der Anmeldung lag für etwas weniger als die Hälfte (45%) aller Anmeldungen mit Long-Covid (LC2-Sample) eine Verfügung zum Rentenentscheid vor. Von all jenen Person, die schon eine Verfügung zum Rentenentscheid erhalten haben, erhielten gut ein Drittel eine Rente zugesprochen. Bei den restlichen zwei Dritteln erfolgte eine Rentenablehnung. Dies geht aus den Informationen aus den Dossiers hervor. Die Rentenzusprache für die Long-Covid-Fälle dauert i.d.R. etwas länger (Median 19 Monate) als eine Rentenablehnung (Median 11 Monate). Vergleichswerte für die Referenzgruppe sind nicht vorhanden, da der Zeitpunkt des Rentenentscheids den Dossiers entnommen wurde und diese Information in den Registerdaten, auf deren Grundlage die Referenzgruppe gebildet wurde, nicht enthalten ist.

Wer im Dezember 2023 eine Rente bezieht oder nicht ist hingegen aus den Angaben im IV-Register sowohl für die Long-Covid-Betroffene wie auch die Referenzgruppe ersichtlich. Insgesamt haben 12% vom LC2-Sample (Neuanmeldung mit Long-Covid 2021/2022) und 9% aus der Referenzgruppe (Neuanmeldung ohne Long-Covid 2021/2022) im Dezember 2023 eine Rente bezogen. Dieser Anteil wird mit zunehmender Dauer noch ansteigen. So ist davon auszugehen, dass ein Teil von jenen Personen, bei denen die Rentenprüfung noch nicht abgeschlossen ist, zukünftig auch noch eine Rente erhalten wird. Dies wird schon bei der Betrachtung der Rentenbezugsquoten nach Anmeldejahr deutlich. Von den Long-Covid-Betroffenen aus dem Anmeldejahr 2021 bezogen Ende 2023 20% eine Rente, wogegen es aus dem Anmeldejahr 2022 erst 6% sind. In der Referenzgruppe mit Anmeldungen aus dem 2021 ist die Rentenbezugsquote tiefer und beträgt 13%, für jene aus dem Anmeldejahr 2022 6%. Da nicht alle Rentenbeziehenden eine ganze Rente erhalten, ist auch ein Blick auf die gewichteten Renten interessant. Mit 9% im LC2-Sample (Anmeldungen 2021/2022) ist der Anteil im Vergleich zur Referenzgruppe (8%) etwas höher. Für die Anmeldungen mit Long-Covid aus dem Jahr 2021 beträgt der Anteil gewichteter Renten 14% und ist damit höher als jener der Referenzgruppe, der bei 11% liegt.

Gruppenspezifische Unterschiede bezüglich Rentenquoten aus der Referenzgruppe widerspiegeln sich verstärkt auch bei den Long-Covid-Fällen. Männer erhalten innerhalb der betrachteten Periode häufiger

einer Rente zugesprochen als Frauen, jüngere Person seltener als ältere und die Quote von Personen mit einer Rente aus der lateinischen Schweiz ist im Vergleich zur Deutschschweiz höher.

Einschätzungen und Erfahrungen aus den IV-Stellen

Rund 4 Jahre nach Ausbruch der Pandemie in der Schweiz können die meisten IV-Stellen keinen merklichen Anstieg der Fallzahl oder direkte Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden feststellen. Diese Einschätzungen widerspiegeln sich in den statistischen Analysen, wonach Long-Covid-Betroffene lediglich einen kleinen und tendenziell sinkenden Anteil an allen Neuanmeldungen bei der IV ausmachen. Die IV-Stellen sind generell der Ansicht, auch ohne spezifische Anpassungen am Prozess gut aufgestellt zu sein, um die Leistungsansprüche bei Long-Covid abzuklären und die Betroffenen mit den vorhandenen Mitteln und Instrumenten zu unterstützen. Die Folgen von Long-Covid würden sich bisher primär darin zeigen, dass die Abklärung von Betroffenen tendenziell ressourcenintensiver und teilweise mit grossen Unsicherheiten verbunden ist (Diagnosestellung, Beurteilung der funktionellen Leistungseinschränkung, Eingliederungspotenzial). Zu diesen spezifischen Herausforderungen passt, dass eine grosse Mehrheit der Long-Covid-Fälle bei der IV von Fatigue/Belastungsintoleranz betroffen ist, wo die Symptome schwer objektivierbar und deshalb nicht einfach in der Abklärung sind. Auch scheint die grosse Bedeutung der Integrationsmassnahmen bei Long-Covid-Betroffenen plausibel, da diese niederschwellig sind und auch auf die Bedürfnisse von Personen mit Fatigue/Belastungsintoleranz ausgerichtet sind. Selbst wenn Long-Covid soweit für viele IV-Stellen (quantitativ) eher eine Randscheinung sein mag, hat die Befragung der IV-Stellen und RAD auch gezeigt, dass es für die Befragten schwierig ist, die längerfristigen Folgen für die IV schon zum jetzigen Zeitpunkt abschätzen zu können.

Schlussbetrachtung

Im Rahmen dieses Mandats wurde der aktuelle Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen in knapper und übersichtsmässiger Form aufgearbeitet und dort wo möglich in Zusammenhang mit den empirisch ermittelten Ergebnissen zu den Long-Covid-Betroffenen bei der IV gebracht. Die Datengrundlage erlaubt eine vorläufige Bilanz mit Stand Ende 2023 zur Anzahl Long-Covid-Betroffener, die sich bei der IV gemeldet haben und den ihnen von der IV zugesprochenen Leistungen und Massnahmen aus den Bereichen Abklärung, Eingliederung und Renten. Die Bildung einer Referenzgruppe aus Personen, die sich in derselben Periode bei der IV angemeldet haben wie die Long-Covid-Betroffenen, aber ohne Long-Covid-Beschwerden, ermöglicht eine Einordnung der Ergebnisse zur Anzahl, Geschwindigkeit und Kosten der Leistungszusprachen für Long-Covid-Betroffene. Die mittels Onlineerhebung abgeholten Erfahrungen und Einschätzungen aus den IV-Stellen zu den Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung vervollständigen das Bild.

Medizinisch zeigt sich bei den Long-Covid-Fällen der IV ein Bild von mehrheitlich schwer kranken Patientinnen und Patienten, die stark in ihrer Funktionalität eingeschränkt sind. Zum Anmeldezeitpunkt sind 9 von 10 der Betroffenen zu 100% arbeitsunfähig. Die Betroffenen leiden zur grossen Mehrheit (85%) an Fatigue/Belastungsintoleranz, meist in Kombination mit weiteren Beschwerden aus dem Symptomcluster neuro-kognitive Störungen oder – etwas weniger – mit Beschwerden der Atmung und des Herz-Kreislaufsystems. Ein beträchtlicher Teil der Long-Covid-Fälle bei der IV dürfte demnach an Beschwerden vom Typ Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom (ME/CFS) leiden. ME/CFS ist eine komplexe und schwerwiegende chronische Erkrankung, die durch anhaltende Müdigkeit, Schmerzen, kognitive Einschränkungen und eine Verschlechterung der Symptome nach Anstrengung gekennzeichnet ist. Bei Fatigue/Belastungsintoleranz ist Schonung bzw. das sog. «Pacing» angezeigt, da forcierte Aktivitäten über das individuell erträgliche Mass zu dauernder Zustandsverschlechterung führen können. Dies ist auch im Hinblick auf Eingliederungsmassnahmen zu beachten.

Da weder für Long-Covid noch für ME/CFS zurzeit eine etablierte wirksame Therapie zur Verfügung steht und die Prognosen für diese Erkrankungen schlecht sind (Renz-Polster & Scheibenbogen, 2022), ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand bei einem Teil der Long-Covid-Betroffenen mittel- wie längerfristig kaum verbessert und die Betroffenen lebenslang mit diesen chronischen Beschwerden leben müssen. Eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten ist zudem oft nicht gewährleistet. Gesundheitssysteme und Systeme der sozialen Sicherheit weltweit suchen Lösungen, wie mit dieser neuen Erkrankung umgegangen und den Betroffenen besser geholfen werden kann (Economist, 2024). Für die IV bedeutet dies, dass Long-Covid ein neues, ernstzunehmendes Krankheitsbild darstellt, das eine beträchtliche Krankheitslast verursacht. Eine Vorhersage der längerfristigen Entwicklung der Zahl von Neurenten aufgrund von Long-Covid ist schwierig. Die Anzahl zusätzlicher Neurenten ist aber in Relation zu den übrigen IV-Renten (Bestand 2023: 251'000) und jährlichen Neurenten (2023: 22'300) als eher gering einzustufen. Da Varianten des SARS-CoV-2 weiterhin zirkulieren werden, besteht durchaus das Risiko, dass sich die Neuerkrankungen etwa auf dem aktuellen Niveau halten werden.

Résumé

Le domaine Assurance-invalidité (AI) de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a été chargé d'établir un rapport en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) (21.3454) « Conséquences du "Covid long" », adopté par le Conseil national. La présente étude analyse les conséquences du COVID long sur l'AI en se fondant sur l'état actuel des connaissances et sur les expériences acquises dans le domaine. Le résultat de cette étude sera synthétisé dans le rapport demandé à l'administration en réponse au postulat.

Problématique et procédure

L'étude a plusieurs objectifs. Le premier est de dresser un état des lieux des connaissances disponibles actuellement sur le COVID long, sur la base d'une analyse de la littérature, afin de mieux classer les résultats et observations empiriques sur les cas de COVID long dans l'AI. Le deuxième consiste à déterminer le nombre de cas de COVID long ayant déposé une demande de prestations à l'AI, les prestations et mesures accordées tant au niveau de l'instruction que de l'intervention précoce et de la réadaptation, et le nombre des rentes octroyées (état fin 2023). Pour cela, l'étude s'est appuyée sur l'analyse quantitative d'un échantillonnage d'environ 500 dossiers tirés du monitoring du COVID que réalisent les offices AI depuis début 2021. Les informations issues de cette analyse ont permis de dresser un tableau de la situation du point de vue de l'état de santé, de l'incapacité de travail, et de l'examen du droit à la rente des personnes atteintes du COVID long ayant déposé une demande à l'AI. Les enseignements de l'analyse de dossiers ont été complétés par les informations tirées des données des registres AI, entre autres, des octrois de prestations. À des fins d'évaluation, les chiffres résultant de l'analyse des cas de COVID long ont été comparés à ceux d'un groupe témoin de personnes sans COVID long ayant déposé une demande auprès de l'AI pendant la même période. Le troisième objectif est d'obtenir, au moyen d'une enquête en ligne menée auprès de tous les offices AI, une vue d'ensemble des expériences faites avec des cas de COVID long. Cette enquête ne portait pas sur l'analyse et l'appréciation des processus, des décisions et des octrois de prestations, ni sur la perception du soutien de l'AI par les personnes concernées.

Analyse des connaissances actuelles sur le COVID long dans la littérature

Les connaissances sur le COVID long ne sont pas définitives, car elles ne cessent de progresser. L'OMS définit le COVID long comme l'ensemble des symptômes apparus dans les trois mois suivant une infection au virus SARS-CoV-2 et dont la manifestation dure au moins deux mois. La prévalence de COVID long auprès des cas infectés par le virus SARS-CoV-2 est estimée à 5 %, avec une proportion moindre de cas graves et persistants. Ces derniers sont spécialement pertinents pour la problématique de cette étude, puisqu'il s'agit de patients gravement atteints qui, après douze mois ou plus, éprouvent toujours de grandes difficultés à accomplir les tâches du quotidien et dont la capacité de travail est fortement réduite. La plupart des personnes atteintes de COVID long se trouvaient dans un état moyennement grave pendant la partie aiguë de la maladie ; les femmes, les personnes plus âgées et celles atteintes de maladies chroniques sont particulièrement touchées. La probabilité de contracter le COVID long semble avoir diminué au cours de la pandémie, notamment en raison de l'apparition de nouveaux variants du virus et de l'immunité accrue de la population.

Les symptômes du COVID long sont multiples ; environ 200 d'entre eux sont documentés. Les groupes de symptômes les plus courants sont des troubles des voies respiratoires, des problèmes cardio-vasculaires, une fatigue excessive et des troubles cognitifs. Dans de nombreux cas chroniques de COVID long, les symptômes s'apparentent à une encéphalomyélite myalgique, ou syndrome de fatigue

chronique (EM/FSC), qui réduit considérablement la capacité de travail. Il existe des tests spécifiques à certains symptômes, mais pas de marqueurs généraux permettant de diagnostiquer les cas de COVID long. Les thérapies possibles se limitent au soulagement des symptômes et aux stratégies d'adaptation. Le pacing et les techniques pour éviter le surmenage sont très importants pour les patients atteints de fatigue avec intolérance à l'effort, car ils permettent d'éviter une aggravation. Le pronostic pour les patients chroniques gravement atteints n'est pas bon : un grand nombre d'entre eux souffriront probablement à vie d'importantes limitations dans leur quotidien et leur capacité de travail.

Cas de COVID long à l'AI

Fin 2023, le nombre des personnes atteintes de symptômes du COVID long ayant fait une demande à l'AI atteignait 2900 au moins. Dans environ un cas sur sept, soit assez rarement, la demande liée au COVID long vient s'ajouter à une procédure AI déjà en cours. Ces personnes sont représentées dans l'échantillon LC1 qui couvre ces cas précis. Pour la grande majorité des cas de COVID long annoncés à l'AI, il s'agit d'une première demande ; ces cas sont représentés dans l'échantillon LC2 (nouvelles demandes pour cause de COVID long).

La majorité de ces demandes est parvenue à l'AI entre 4 et 12 mois après l'infection au COVID, une plus faible partie, plus d'un an après. Les femmes risquent moins que les hommes de souffrir de symptômes graves pendant la phase aiguë de l'infection au COVID, mais elles sont plus nombreuses à être touchées par le COVID long, selon les connaissances actuelles. Ce schéma se retrouve dans les demandes AI liées au COVID long : les femmes constituent près des deux tiers (64 %) de ces demandes et sont donc nettement surreprésentées.

Le nombre de demandes déposées auprès de l'AI à la suite d'un COVID long a augmenté depuis début 2021, puis régressé depuis fin 2022. Ces demandes représentent 1,8 % de toutes les nouvelles demandes AI déposées pour la même période, dont 1,6 % sont liées exclusivement au COVID long. Il est possible que le nombre de cas de COVID long enregistré par l'AI soit sous-estimé dans cette étude, étant donné qu'elle ne prend en considération que les cas dont le dossier comportait, en août 2023, un avis médical attestant ou supposant explicitement la présence d'un COVID long. Il existait ainsi au moment de l'analyse de dossiers un millier de cas ne présentant (encore) aucune indication claire d'atteinte du COVID long, selon le monitoring réalisé en 2021/2022. Ce nombre représente environ un tiers des personnes considérées par le monitoring. Il est possible qu'entre-temps, les symptômes d'un COVID long aient été médicalement attestés pour une partie d'entre elles. On peut également supposer que nombre de personnes concernées ne s'annoncent à l'AI que très tard, voire pas du tout et n'apparaissent donc pas (encore) dans les données disponibles. Il n'est pas possible d'estimer ce nombre. Il reste à établir combien de personnes se retrouveront à l'avenir à l'AI parce qu'elles présentent des symptômes caractéristiques du COVID long (par ex. EM/FSC) sans lien avec une infection du COVID.

Comme évoqué plus haut, les symptômes du COVID long sont multiples. Parmi les personnes ayant fait une demande à l'AI, un nombre remarquable de patients souffre de fatigue/intolérance à l'effort (présente dans 85 % des cas) et de troubles neurocognitifs (60 % des cas). Ces chiffres indiquent que les personnes qui déposent une demande à l'AI en raison d'un COVID long présentent des symptômes particulièrement graves, affectant fortement leurs fonctions. Cela se retrouve dans leur incapacité de travail au moment de l'annonce : dans neuf cas sur dix, elle est de 100 %.

Comme l'indique la recherche, le COVID long touche les jeunes comme les vieux, les personnes en bonne santé comme les malades chroniques. Un tiers des personnes à l'AI à la suite d'un COVID long ne souffre d'aucune autre affection et était en bonne santé avant l'affection au COVID-19. La littérature ne livre actuellement aucune information claire sur d'éventuelles maladies chroniques comportant un

risque accru de COVID long. Parmi les cas de COVID long, la part des personnes souffrant également d'une maladie chronique (cas de comorbidité) est de 66 %, soit un taux supérieur à celui de l'ensemble de la population ; c'est ce que montre une comparaison avec les données sur la santé de la population suisse. De plus, la distinction entre les symptômes du COVID long et ceux de certaines autres maladies chroniques, telles que les maladies cardio-vasculaires et rénales, n'est pas toujours très claire. De même, il n'est toujours possible de faire une distinction entre les troubles cognitifs et psychiques liés au COVID long comme les troubles du sommeil ou de l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique ou la dépression, et les troubles psychiques préexistants. Il se peut donc que la proportion des cas de comorbidité prise en compte dans cette étude soit surévaluée. Par ailleurs, on observe que plus la demande à l'AI est ancienne, plus les comorbidités sont fréquentes, ce qui semble indiquer que, dans une partie des cas, il ne s'agit pas réellement de maladies préexistantes, mais plutôt de symptômes ou de conséquences du COVID long lui-même.

Dans 60 % des cas, une amélioration de la capacité de travail est constatée dans les deux ans qui suivent l'annonce à l'AI. Pour une part considérable des personnes atteintes de COVID long, dont les personnes plus âgées et celles souffrant de plusieurs atteintes à la santé, l'incapacité de travail reste de 100 %, même après deux ans. Dans la plupart des cas, une amélioration se présente soit rapidement, soit pas du tout. Une personne sur quatre perd son emploi dans les un à deux ans qui suivent le dépôt de la demande de prestation à l'AI pour cause de COVID long. On ne dispose pas de données permettant de comparer ces chiffres avec ceux des demandes à l'AI liées à d'autres atteintes à la santé pour une période similaire. La comparaison avec les résultats d'une autre étude sur le sujet (Guggisberg et al. 2023) laisse néanmoins présumer que le risque de perdre son emploi est plus élevé pour les personnes atteintes du COVID long que pour les autres. Cette étude montre qu'en 2017, une personne sur quatre perdait son emploi dans les quatre années suivant une nouvelle demande à l'AI. Dans les participants à notre enquête faisant partie de l'échantillon LC2, une personne sur quatre avait déjà perdu son emploi deux ans seulement après sa demande.

Mesures d'instruction et de réadaptation

L'analyse de la présente étude porte sur la quantité, la rapidité et le coût des mesures d'instruction et de réadaptation accordées à des assurés atteints de COVID long, en comparaison avec ceux du groupe témoin. Ses résultats montrent que, dans les cas de COVID long, le nombre de mesures octroyées dans les 12 à 24 mois suivant la demande tend à être supérieur au nombre de mesures octroyées pour le groupe témoin. Cette tendance peut être une indication que les personnes souffrant du COVID long doivent faire face à des limitations plus graves. L'analyse distingue les mesures déjà décidées et facturées de celles pour lesquelles une décision a été rendue mais qui n'ont pas encore été facturées. Lorsqu'une mesure a fait l'objet d'une décision et d'une facture, il est certain qu'elle a effectivement été exécutée et n'a pas, par exemple, été reportée en raison d'une modification de l'état de santé de la personne.

Vue d'ensemble des principaux chiffres

■ Mesures d'instruction médicales et professionnelles : pour 10,2 % des personnes concernées par le COVID long, au moins une mesure d'instruction a été décidée dans les 12 mois suivant le dépôt de la demande, et dans 4,3 % des cas, une mesure a déjà été facturée, soit le double des chiffres du groupe témoin. Dans ce groupe, seules 4,2 % des personnes ont reçu une décision de mesure d'instruction médicale ou professionnelle, et la prestation n'a déjà été facturée que dans 2,9 % des cas. Le coût moyen des mesures d'instruction des cas de COVID long est légèrement supérieur et la dispersion du coût, légèrement plus élevée que celles du groupe témoin. Le délai moyen avant la décision de mesure

d'instruction est d'environ huit mois pour le groupe témoin et d'un peu plus de huit mois pour les cas de COVID long.

■ Mesures de réadaptation (y c. mesures d'intervention précoce) : 47,1 % des personnes atteintes du COVID long se sont vu octroyer au moins une mesure de réadaptation dans les 12 mois suivant le dépôt de la demande, soit légèrement plus que le groupe témoin (41,6 %). Il s'agit le plus souvent de mesures d'intervention précoce (COVID long : 39,6 %, groupe témoin : 31,5 %). Les mesures de réinsertion (COVID long : 9,4 %, groupe témoin : 5,7 %) et les mesures d'ordre professionnel (COVID long : 12,4 %, groupe témoin : 9,7 %) sont accordées aux deux groupes avec une fréquence similaire. Le coût moyen par bénéficiaire de mesures de réadaptation (y c. mesures d'intervention précoce) est d'environ 5000 francs. Ce montant est sensiblement le même pour les cas de COVID long que pour le groupe témoin. Le coût par bénéficiaire de prestations chez les personnes atteintes de COVID long est légèrement inférieur mais comparable à celui du groupe témoin, toutes mesures de réadaptation confondues (intervention précoce comprise). Pour les deux groupes, le délai moyen de décision est d'environ deux mois pour les mesures d'intervention précoce et d'environ huit mois pour les mesures d'ordre professionnel et les mesures de réinsertion.

Rentes

Pour un peu moins de la moitié (45 %) de toutes les demandes déposées à la suite d'un COVID long (échantillon LC2), une décision relative à l'octroi d'une rente a été rendue dans les 24 mois suivant la demande. Dans un peu plus d'un tiers de ces cas, une rente était octroyée, dans les deux tiers restants, elle était refusée. Ces informations proviennent de l'analyse des dossiers. Une décision d'octroi de rente dans les cas de COVID long prend en règle générale plus longtemps (médiane : 19 mois) qu'une décision de refus (médiane : 11 mois). Aucune donnée de comparaison ne sont disponibles pour le groupe témoin, étant donné que la date de la décision figure uniquement dans le dossier et non dans le registre dont sont tirées les données du groupe témoin.

En revanche, les informations de ce registre permettent de savoir qui percevait une rente AI en décembre 2023, tant chez les personnes atteintes du COVID long que chez le groupe témoin. En tout, 12 % des personnes de l'échantillon LC2 (nouvelles demandes 2021/2022 liées au COVID long) et 9 % du groupe témoin (nouvelles demandes 2021/2022 sans COVID long) percevaient une rente en décembre 2023. Ce pourcentage augmentera à mesure que les décisions encore en suspens seront prises. L'on peut donc présumer qu'une part des personnes pour lesquelles l'examen du droit à la rente n'est pas encore achevé recevra une rente. C'est ce que l'on peut déduire si l'on compare les taux de bénéficiaires de rente en fonction de l'année de la demande. 20 % des personnes atteintes du COVID long ayant déposé leur demande en 2021 percevaient une rente fin 2023, contre seulement 6 % de celles l'ayant déposée en 2022. Le taux de bénéficiaires de rente du groupe témoin ayant déposé leur demande en 2021 n'était que de 13 % et celui des bénéficiaires l'ayant déposée en 2022, de 6 %. Étant donné que tous les bénéficiaires n'ont pas droit à une rente entière, les taux de rentes pondérées méritent attention. La proportion des personnes de l'échantillon LC2 (demande en 2021/2022) bénéficiaires d'une rente pondérée était de 9 %, un chiffre légèrement supérieur au taux du groupe témoin (8 %). La proportion des demandes liées au COVID long de 2021 bénéficiaires d'une rente pondérée était de 14 %, un chiffre légèrement supérieur au taux du groupe témoin (11 %).

Les différences en matière d'octroi de rente observées entre certaines catégories de personnes dans le groupe témoin se retrouvent également chez les assurés atteints de COVID long. Une rente est octroyée aux hommes plus souvent qu'aux femmes, aux jeunes moins fréquemment qu'aux plus âgés ; le taux de bénéficiaires de rente est plus élevé dans les cantons latins que dans les cantons alémaniques.

Évaluation et expériences des offices AI

Près de quatre ans après le début de la pandémie, la plupart des offices AI de Suisse n'observent pas d'augmentation remarquable du nombre de cas ni de conséquences directes sur la charge de travail de leurs collaborateurs. Cette évaluation se reflète dans les indications des analyses statistiques selon lesquelles la part des cas de COVID long ne représente qu'une faible proportion des nouvelles demandes à l'AI et que sa tendance est à la baisse. De manière générale, les offices AI pensent être en mesure d'examiner le droit aux prestations dans les cas de COVID long et de soutenir les personnes concernées à l'aide des moyens et instruments actuels, sans modification spécifique du processus. Jusqu'à présent, l'impact du COVID long s'est surtout ressenti dans le fait que l'instruction des demandes correspondantes est souvent gourmande en ressources et empreinte de grandes incertitudes (diagnostic, évaluation des limitations fonctionnelles, potentiel de réadaptation). C'est en particulier le symptôme de fatigue/intolérance à l'effort présent dans la majorité des cas qui constitue un défi spécifique, car il s'agit là d'un symptôme peu objectivable et difficile à instruire. Les mesures de réinsertion dans les cas de COVID long revêtent une importance toute particulière, car ces mesures sont faciles d'accès et adaptées aux cas des personnes atteintes de fatigue/intolérance à l'effort. Bien que de nombreux offices AI considèrent le COVID long comme un phénomène plutôt marginal (du point de vue quantitatif), l'enquête menée auprès des offices AI et des SMR a montré que les sondés peinaient à évaluer aujourd'hui ses conséquences à long terme pour l'AI.

Considérations finales

Ce mandat a été l'occasion d'évaluer brièvement et de synthétiser l'état actuel des connaissances sur le COVID long et, lorsque c'était possible, de le corrélérer avec les observations empiriques de l'AI sur les cas de COVID long. Les données à disposition permettent de tirer un premier bilan sur le nombre de personnes atteintes du COVID long ayant déposé une demande à l'AI et sur les prestations et mesures qui leur ont été octroyées en matière d'instruction, de réadaptation et de rentes, à la fin 2023. Le recours à un groupe témoin composé de personnes s'étant annoncées à l'AI durant la même période pour une autre raison que le COVID long a permis une appréciation des résultats concernant le nombre, la rapidité de l'octroi et le coût des prestations accordées dans les cas de COVID long. Les expériences et les avis recueillis dans l'enquête menée en ligne auprès des offices AI sur les conséquences du COVID long pour l'assurance-invalidité ont permis de compléter le tableau.

D'un point de vue médical, les patients atteints du COVID long souffrent de symptômes graves limitant fortement leurs fonctions. 9 personnes concernées sur 10 sont en incapacité de travail à 100 % au moment de la demande. La majorité d'entre elles (85 %) souffrent de fatigue/intolérance à l'effort, souvent combinée à d'autres symptômes tels que des troubles neurocognitifs ou, dans une moindre mesure, des troubles respiratoires ou cardio-vasculaires. Il est donc vraisemblable qu'une part considérable des cas de COVID long annoncés à l'AI souffre d'encéphalomyélite myalgique ou syndrome de fatigue chronique (EM/FSC). L'EM/FSC est une maladie chronique lourde et complexe qui se manifeste par une fatigue persistante, des douleurs et des troubles cognitifs, avec une aggravation des symptômes post-exercice. Les techniques pour éviter le surmenage, en particulier le pacing, sont indiquées dans ces cas, étant donné que le forçage peut mener à une aggravation durable de l'état du patient. Ce constat est à prendre en compte, en particulier dans les mesures de réadaptation.

Du fait qu'il n'existe à ce jour aucune thérapie efficace reconnue pour soigner le COVID long ou l'EM/FSC, et que les pronostics de ces maladies ne sont pas favorables (Renz-Polster & Scheibenbogen, 2022), on peut s'attendre à ce que l'état de santé d'une partie de la population atteinte de COVID long ne s'améliore ni sur le moyen ni sur le long terme et que les personnes concernées doivent apprendre à vivre avec ces troubles chroniques. De plus, ces personnes ne sont souvent pas prises en

charge de manière adéquate. Partout dans le monde, les systèmes de santé et de sécurité sociale recherchent des solutions tant pour gérer cette nouvelle maladie que pour soulager les personnes qui en souffrent (The Economist, 2024). Cela signifie que, pour l'AI, cette nouvelle maladie est à prendre au sérieux, avec toute la charge de sa pathologie. Il est difficile de prévoir à long terme l'évolution du nombre de nouvelles rentes qu'occasionnera le COVID long. Ce nombre peut néanmoins être considéré comme marginal en regard du total des autres rentes AI en cours (251 000 en 2023) et des nouvelles rentes octroyées chaque année (22 300 en 2023) . Étant donné que d'autres variants du virus SARS-CoV-2 sont amenés à circuler, il est très probable que le nombre de nouveaux cas ne diminuera pas.

Riassunto

Riassunto

In seguito all'accoglimento del postulato 21.3454 Effetti della Covid lunga, depositato dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N), l'Ambito Assicurazione invalidità (Ambito AI) dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) è stato incaricato di redigere un rapporto in adempimento del postulato. Con il presente studio sugli effetti sull'assicurazione invalidità (AI) vengono analizzati gli effetti della sindrome post COVID-19 (detta anche «COVID lunga») in base allo stato attuale delle conoscenze e alle esperienze acquisite, ponendo l'accento sull'AI. I risultati di questa analisi confluiranno anche nel rapporto che l'Amministrazione redigerà in adempimento del postulato 21.3454.

Oggetti di studio e procedimento

Lo studio persegue diversi obiettivi. In primo luogo è stata svolta un'analisi della letteratura scientifica sullo stato attuale delle conoscenze della sindrome post COVID-19, al fine di classificare meglio i risultati empirici e i referti relativi alle persone che ne sono affette nell'AI. In secondo luogo è stato determinato quante persone affette da COVID lunga hanno richiesto prestazioni dell'AI, quali prestazioni e provvedimenti l'AI ha concesso loro nei settori dell'accertamento, dell'intervento tempestivo e dell'integrazione, come pure quanti assicurati hanno ricevuto una rendita (stato: fine 2023). I risultati derivano dall'analisi quantitativa di un campione di circa 500 incarti provenienti dal monitoraggio della COVID-19, svolto dagli uffici AI dall'inizio del 2021. Ne sono state tratte informazioni per rilevare la situazione medica, l'incapacità al lavoro e la situazione dell'accertamento del diritto alla rendita delle persone affette da COVID lunga che hanno presentato una richiesta di prestazioni all'AI. I dati sono poi stati completati con informazioni tratte dai registri dell'AI, dove figurano tra l'altro le prestazioni concesse. Per poter classificare le cifre determinate per il campione di persone affette da COVID lunga, è stato costituito un gruppo di confronto di persone senza COVID lunga che hanno presentato una richiesta di prestazioni all'AI nello stesso periodo del campione in questione. In terzo luogo, presso tutti gli uffici AI è stata svolta un'indagine online per avere un quadro generale delle esperienze che l'AI ha avuto finora con gli assicurati affetti da COVID lunga. L'analisi e la valutazione della qualità dei processi, delle decisioni e delle concessioni di prestazioni non erano oggetto dell'indagine e non è stata esaminata nemmeno la percezione del sostegno dell'AI da parte dei diretti interessati.

Analisi della letteratura scientifica sullo stato attuale delle conoscenze relative alla sindrome post COVID-19

Lo stato delle conoscenze sulla sindrome post COVID-19 è dinamico e soggetto a continui mutamenti. L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la sindrome post COVID-19 (tecnicamente «condizione post COVID-19») come una condizione che si manifesta entro tre mesi da un'infezione da SARS-CoV-2 con sintomi che durano almeno due mesi. La prevalenza di questa sindrome è stimata a circa il 5 per cento delle persone che hanno contratto il SARS-CoV-2, sebbene i casi gravi e di lunga durata siano più rari. Per il presente studio sono rilevanti proprio questi ultimi, ovvero i pazienti che presentano ancora gravi disturbi e una netta limitazione nelle attività quotidiane e nella capacità al lavoro dopo 12 mesi o più. La maggior parte delle persone affette da COVID lunga ha avuto un decorso moderato nella fase acuta dell'infezione da SARS-CoV-2; a essere colpite più frequentemente sono le donne, le persone anziane e quelle con malattie croniche. Con l'avanzare della pandemia il rischio di nuovi casi di sindrome post COVID-19 pare essere diminuito, anche in considerazione delle nuove varianti del virus e dell'accresciuta immunità della popolazione.

I sintomi della sindrome post COVID-19 sono molteplici: ne sono stati documentati oltre 200. Quelli più frequenti in assoluto sono i problemi respiratori e cardiovascolari, l'affaticamento e le difficoltà cognitive. Molte persone colpite da COVID lunga con disturbi cronici manifestano sintomi simili all'encefalomielite mialgica/sindrome da affaticamento cronico (ME/CFS), il che comporta notevoli limitazioni della capacità al lavoro. Attualmente mancano marcatori diagnostici generali per la sindrome post COVID-19, sebbene esistano test specifici per singoli sintomi. Le possibilità terapeutiche si limitano ad alleviare i sintomi e a consentire la gestione della situazione. Per i pazienti con affaticamento e intolleranza allo sforzo sono importanti il riposo e la gestione delle attività e delle energie (pacing), per evitare un peggioramento del loro stato di salute. La prognosi per i pazienti con disturbi gravi e di lunga durata è sfavorevole e molti saranno costretti a vivere per tutta la vita con grosse limitazioni nelle attività quotidiane e nella capacità al lavoro.

Casi di COVID lunga nell'AI

Alla fine del 2023 erano presumibilmente almeno 2900 le persone con sintomi da COVID lunga che avevano presentato una richiesta di prestazioni all'AI. Soltanto di rado (in circa un caso su sette) la sindrome post COVID-19 è diventata rilevante in una procedura dell'AI già in corso. In questa sede si parlerà di «campione CL1» per indicare i casi AI correnti con COVID lunga. Nella maggior parte dei casi di COVID lunga si tratta di persone che a causa della malattia in questione hanno presentato per la prima volta una richiesta di prestazioni all'AI, ovvero il «campione CL2», che include i «nuovi» casi AI (nuove richieste di prestazioni AI con COVID lunga).

Nella maggioranza dei casi le prestazioni sono state richieste tra quattro e dodici mesi dopo l'infezione da COVID-19, ma in alcuni casi anche oltre un anno dopo. Si rileva che le donne sono esposte a un rischio minore di infezione grave da COVID-19 rispetto agli uomini, ma, secondo le conoscenze attuali, soffrono più spesso di COVID lunga. Questo schema si ritrova anche nei casi di COVID lunga dell'AI, dove le donne costituiscono quasi i due terzi (64 %) e sono quindi nettamente sovrarappresentate.

Dall'inizio del 2021 i casi di COVID lunga dell'AI sono aumentati, per poi iniziare a scendere dalla fine del 2022. Sul totale delle nuove richieste di prestazioni AI presentate in questo periodo i casi di COVID lunga rappresentano circa l'1,8 per cento (1,6 % per le nuove richieste con COVID lunga). Poiché per lo studio è stato possibile individuare soltanto i casi di COVID lunga i cui incarti all'agosto del 2023 contenevano un parere medico con una constatazione o perlomeno un'esplicita presupposizione di COVID lunga, è possibile che il numero delle persone con questa malattia all'AI vi sia sottostimato. In circa 1000 casi provenienti dal monitoraggio della COVID-19 degli anni 2021 e 2022, ovvero più o meno un terzo delle persone rilevate nel monitoraggio, infatti, al momento dell'analisi degli incarti non vi erano (ancora) chiare indicazioni di sintomi di COVID lunga. È possibile che nel frattempo almeno per una parte di essi siano disponibili chiari referti medici per disturbi legati alla sindrome post COVID-19. Si può inoltre presumere che alcune persone affette da questa malattia presentino una richiesta di prestazioni all'AI con un certo ritardo o non lo facciano affatto e non figurino dunque (ancora) nei dati disponibili. Non è possibile quantificare con precisione il numero delle persone in questione. Non è chiaro se in futuro un maggior numero di persone con sintomi tipici della COVID lunga (p. es. ME/CFS) ma non legati a un'infezione da COVID-19 si rivolgerà all'AI.

Come indicato in precedenza, i sintomi della sindrome post COVID-19 sono molto eterogenei. Tra le persone affette da questa malattia che hanno presentato una richiesta di prestazioni all'AI colpisce la significatività dei sintomi affaticamento/intolleranza allo sforzo, riscontrati nell'85 per cento dei casi, e problemi neurocognitivi, riscontrati in circa il 60 per cento dei casi. Questo mostra che le persone con COVID lunga all'AI presentano sintomi particolarmente gravi, con notevoli ripercussioni sulla capacità

funzionale. Ciò si riflette anche nell'incapacità al lavoro al momento della presentazione della richiesta, che è del 100 per cento in nove casi su dieci.

Come emerge anche dalla ricerca, la sindrome post COVID-19 colpisce indistintamente giovani e anziani, persone sane e malati cronici. Un terzo delle persone con COVID lunga all'AI non presenta altri problemi di salute e prima del manifestarsi di questa sindrome era perfettamente sano. Ad oggi la letteratura scientifica non consente di esprimersi con chiarezza sulla misura in cui determinate malattie croniche costituiscano un fattore di rischio per questa sindrome. Un confronto con i dati sulla salute della popolazione svizzera indica che la quota delle persone affette da una malattia cronica (oltre alla sindrome post COVID-19, ovvero casi di comorbidità), pari al 66 per cento, nei casi di COVID lunga individuati è lievemente superiore a quella della popolazione in generale. Va rilevato che la delimitazione tra sintomi di COVID lunga e altre malattie croniche, quali malattie cardiovascolari o renali, non è sempre del tutto chiara. Spesso non è possibile nemmeno distinguere chiaramente tra conseguenze cognitive e psichiche della sindrome post COVID-19, quali disturbi del sonno o di ansia, disturbi da stress post-traumatico o depressioni, da problemi psichici preesistenti. È dunque possibile che in questo studio le quote di comorbidità siano piuttosto sovrastimate. Il fatto che le comorbidità aumentino progressivamente con la durata della riscossione di prestazioni AI da parte di una persona indica che per una parte di esse non si tratta di patologie pregresse, bensì piuttosto di sintomi concomitanti o conseguenti alla sindrome post COVID-19.

Analizzando il periodo di due anni dalla presentazione della richiesta di prestazioni all'AI, si constatano primi miglioramenti della capacità al lavoro in circa il 60 per cento dei casi. Tuttavia, dopo due anni una quota consistente delle persone affette da COVID lunga – in particolare anziane e con diversi problemi di salute – continua a essere incapace al lavoro. In generale, emerge che i miglioramenti sono rapidi oppure praticamente nulli. Circa una persona su quattro con COVID lunga ha perso l'impiego in un arco di tempo compreso tra uno e due anni dalla presentazione della richiesta di prestazioni all'AI. Non è disponibile un confronto diretto con le nuove richieste di prestazioni di persone senza COVID lunga nello stesso periodo. Sulla base di un confronto con i risultati di un altro studio (Guggisberg et al. 2023) si può tuttavia ragionevolmente supporre che il rischio di perdere l'impiego sia più elevato per le persone affette da COVID lunga. L'analisi di Guggisberg et al. 2023 mostra che circa un quarto delle persone che hanno presentato una nuova richiesta di prestazioni nel 2017 ha perso il lavoro entro quattro anni. Nel campione CL2 questa quota è raggiunta già dopo due anni.

Provvedimenti di accertamento e d'integrazione

Nell'ambito dello studio sono stati analizzati numero, rapidità e spese delle concessioni di provvedimenti di accertamento e d'integrazione per le persone affette da COVID lunga a confronto con un gruppo di riferimento. Dall'analisi è emerso che, tra 12 e 24 mesi dalla richiesta di prestazioni, alle persone affette da COVID lunga sono stati concessi non meno, bensì tendenzialmente più provvedimenti rispetto al gruppo di riferimento. Questo può essere considerato un indizio del fatto che le persone con COVID lunga sono confrontate a limitazioni relativamente importanti. In questo contesto viene fatta una distinzione tra i provvedimenti disposti e già fatturati e quelli disposti ma non ancora fatturati. Nel primo caso, il provvedimento in questione è già stato effettivamente eseguito e non rinviato, ad esempio a causa di un cambiamento dello stato di salute.

Di seguito è presentata una panoramica delle cifre principali.

■ Provvedimenti di accertamento medico-professionali: per il 10,2 per cento delle persone affette da COVID lunga è stato disposto almeno un provvedimento di accertamento entro 12 mesi dalla richiesta di prestazioni e per il 4,3 per cento ne è stato già fatturato uno. Si tratta di una quota più che doppia

rispetto al gruppo di riferimento (nuove richieste di prestazioni all'AI senza COVID lunga), nel quale si rilevano il 4,2 per cento di provvedimenti di accertamento medico-professionali disposti e il 2,9 per cento con una relativa fattura. Le spese medie per i provvedimenti di accertamento sono lievemente più elevate nei casi di COVID lunga e la ripartizione delle spese un po' maggiore rispetto al gruppo di riferimento. La durata media di attesa fino alla decisione relativa a un provvedimento di accertamento è di circa otto mesi per il gruppo di riferimento e di poco superiore per le persone affette da COVID lunga.

■ **Provvedimenti d'integrazione** (inclusi provvedimenti d'intervento tempestivo): per il 47,1 per cento delle persone affette da COVID lunga è stato disposto almeno un provvedimento d'integrazione entro 12 mesi dalla richiesta di prestazioni, una quota leggermente superiore a quella rilevata nel gruppo di riferimento (41,6 %). I provvedimenti più frequenti sono quelli d'intervento tempestivo (COVID lunga: 39,6 %; gruppo di riferimento: 31,5 %). Tra gli altri provvedimenti concessi relativamente spesso vanno menzionati i provvedimenti di reinserimento (COVID lunga: 9,4 %; gruppo di riferimento: 5,7 %) e i provvedimenti professionali (COVID lunga: 12,4 %; gruppo di riferimento: 9,7 %). Le spese medie per persona beneficiaria di provvedimenti d'integrazione (inclusi provvedimenti d'intervento tempestivo) ammontano a circa 5000 franchi, un valore che risulta analogo tra le persone con COVID lunga e quelle del gruppo di riferimento. Considerando tutti i provvedimenti d'integrazione (inclusi i provvedimenti d'intervento tempestivo), le spese per persona beneficiaria sono lievemente più basse per le persone con COVID lunga, ma sostanzialmente analoghe a quelle del gruppo di riferimento. Entrambi i gruppi esaminati devono attendere in media circa due mesi fino alla decisione relativa a un provvedimento d'intervento tempestivo e circa otto mesi per quella relativa a un provvedimento professionale o un provvedimento di reinserimento.

Rendite

A 24 mesi dalla presentazione della richiesta, una decisione in materia di rendita è stata emanata in un po' meno della metà (45 %) dei casi di COVID lunga (campione CL2). Dalle informazioni degli incarti risulta che su tutte le persone che hanno già ricevuto una tale decisione, a oltre un terzo è stata concessa una rendita, mentre ai due terzi rimanenti è stata rifiutata. Il periodo di attesa per la concessione di una rendita nei casi di sindrome post COVID-19 è in generale un po' più lungo (mediana: 19 mesi) rispetto a quello in caso di rifiuto della medesima (mediana: 11 mesi). Dato che il momento della decisione in materia di rendita è tratto dagli incarti e che queste informazioni non sono contenute nei dati dei registri sulla cui base è stato costituito il gruppo di riferimento, per quest'ultimo non sono disponibili valori di confronto.

Per contro, i dati dei registri dell'AI consentono di vedere chi percepiva una rendita nel dicembre del 2023, sia nel caso delle persone con COVID lunga che per il gruppo di riferimento: nel complesso si tratta del 12 per cento del campione CL2 (nuova richiesta con COVID lunga nel 2021 o 2022) e del 9 per cento del gruppo di riferimento (nuova richiesta senza COVID lunga nel 2021 o 2022). Queste percentuali aumentano con l'aumentare della durata fino alla decisione in materia di rendita. Si può quindi presumere che una parte delle persone per le quali l'esame del diritto alla rendita non è ancora concluso in futuro riceverà a sua volta una rendita. Questa tendenza risulta palese già analizzando le quote di riscossione delle rendite in base all'anno di richiesta: tra le persone con COVID lunga che hanno presentato una richiesta nel 2021, alla fine del 2023 a percepire una rendita era il 20 per cento, a fronte di soltanto il 6 per cento delle persone che avevano presentato una richiesta nel 2022. Nel gruppo di riferimento si registra una quota di riscossione della rendita inferiore: 13 per cento (richiesta nel 2021), rispettivamente 6 per cento (richiesta nel 2022). Poiché non tutti i beneficiari di rendita ricevono una rendita intera, è interessante anche considerare le rendite ponderate. Nel campione CL2 (richieste nel 2021 o 2022) si rileva una quota superiore (9 %) a quella del gruppo di riferimento (8 %). Nel caso delle

richieste presentate nel 2021 da persone con COVID lunga, la quota delle rendite ponderate è del 14 per cento, un valore più elevato rispetto a quello del gruppo di riferimento (11 %).

Le differenze legate al singolo gruppo per quanto concerne le quote di riscossione delle rendite nel gruppo di riferimento si riflettono sempre di più anche nei casi di COVID lunga. Nel periodo in esame, agli uomini è stata concessa una rendita più spesso che alle donne, ai giovani meno spesso che agli anziani e alle persone provenienti dalla Svizzera latina più spesso che a quelle della Svizzera tedesca.

Valutazioni ed esperienze degli uffici AI

A circa quattro anni di distanza dallo scoppio della pandemia di COVID-19 in Svizzera, la maggior parte degli uffici AI non constata un aumento significativo del numero di casi o ripercussioni dirette sul carico di lavoro dei collaboratori. Queste valutazioni trovano riscontro nelle analisi statistiche, secondo cui le persone affette da COVID lunga rappresentano soltanto una minima parte, tendenzialmente in calo, di tutte le nuove richieste di prestazioni all'AI. In generale, gli uffici AI ritengono di essere in grado, anche senza adeguamenti specifici nelle procedure, di accertare il diritto a prestazioni in caso di COVID lunga e di sostenere i diretti interessati con i mezzi e gli strumenti disponibili. Ad oggi le conseguenze della sindrome post COVID-19 si concretizzano principalmente nel fatto che gli accertamenti sono tendenzialmente più onerosi e talvolta legati a maggiori incertezze (formulazione della diagnosi, valutazione delle limitazioni funzionali, potenziale d'integrazione). A queste sfide specifiche si aggiunge il fatto che la grande maggioranza dei casi di COVID lunga all'AI riguarda affaticamento/intolleranza allo sforzo, i cui sintomi sono difficilmente oggettivabili e dunque non facili da accertare. Inoltre, sembra plausibile che per le persone affette da COVID lunga siano particolarmente importanti i provvedimenti di reinserimento, in quanto essi sono a bassa soglia e impostati in funzione dei bisogni delle persone con affaticamento e intolleranza allo sforzo. Sebbene la sindrome post COVID-19 possa essere un fenomeno abbastanza marginale (in termini quantitativi) per molti uffici AI, dall'indagine svolta presso questi ultimi e i servizi medici regionali è emerso che per gli interpellati è difficile stimare sin da ora le conseguenze a lungo termine per l'assicurazione.

Valutazione finale

Nell'ambito del presente mandato di ricerca è stato analizzato lo stato attuale delle conoscenze sulla sindrome post COVID-19 in forma chiara e concisa e, laddove possibile, in relazione con i risultati empirici determinati sui beneficiari di prestazioni dell'AI che ne sono affetti. La base di dati permette di stilare un bilancio provvisorio della situazione alla fine del 2023 per quanto concerne il numero di persone con COVID lunga che hanno presentato una richiesta di prestazioni all'AI e a cui quest'ultima ha concesso prestazioni e provvedimenti nei settori dell'accertamento, e dell'integrazione e delle rendite. La costituzione di un gruppo di confronto di persone che hanno presentato una richiesta di prestazioni all'AI nello stesso periodo delle persone con COVID lunga, ma senza disturbi legati a questa sindrome, consente di classificare i risultati concernenti il numero, la rapidità e le spese delle concessioni di prestazioni per le persone affette da COVID lunga. Le esperienze e le valutazioni degli uffici AI in merito alle conseguenze della sindrome post COVID-19 sull'AI, acquisite mediante l'indagine online, vanno a completare il quadro.

Dal punto di vista medico emerge che i casi di COVID lunga all'AI sono costituiti prevalentemente da pazienti gravemente malati, con una notevole limitazione della capacità funzionale. Al momento della presentazione della richiesta di prestazioni, circa nove su dieci di queste persone sono incapaci al lavoro al 100 per cento. La grande maggioranza degli interessati (85 %) soffre di affaticamento/intolleranza allo sforzo, perlopiù in combinazione con altri disturbi legati a problemi neurocognitivi o, in misura minore, disturbi respiratori e cardiocircolatori. Una parte consistente dei casi di COVID lunga all'AI

presenta dunque disturbi compatibili con l'encefalomielite mialgica/sindrome da affaticamento cronico (ME/CFS). Quest'ultima è una malattia cronica complessa e grave, che si contraddistingue per la stanchezza persistente, dolori, limitazioni cognitive e un peggioramento dei sintomi dopo uno sforzo. In caso di affaticamento e intolleranza allo sforzo sono importanti il riposo e la gestione delle attività e delle energie (pacing), dato che l'esercizio forzato di attività oltre la misura sopportabile dalla persona può deteriorarne durevolmente lo stato di salute. Questo va considerato anche nell'ottica della concessione di provvedimenti d'integrazione.

Dato che ad oggi non è disponibile alcuna terapia efficace attestata né per la sindrome post COVID-19 né per la ME/CFS e che le prognosi per queste malattie sono sfavorevoli (Renz-Polster & Scheibenbogen 2022), si può presumere che a medio-lungo termine lo stato di salute di una parte delle persone con COVID lunga difficilmente migliorerà e i diretti interessati dovranno vivere per tutta la vita con questi disturbi cronici. Inoltre, spesso a questi pazienti non è garantita un'assistenza adeguata. I sistemi sanitari e quelli di sicurezza sociale a livello mondiale stanno cercando soluzioni per affrontare questa nuova malattia e aiutare meglio le persone che ne sono affette (Economist 2024). Per l'AI ciò significa che la sindrome post COVID-19 costituisce un nuovo quadro clinico da prendere sul serio, il cui impatto è considerevole. È difficile prevedere l'evoluzione a lungo termine del numero di nuove rendite concesse per COVID lunga. Tuttavia, considerato in relazione con le altre rendite dell'AI (effettivo 2023: 251 000) e le nuove rendite annue (2023: 22 300), il numero delle nuove rendite per COVID lunga è da ritenere piuttosto modesto. Poiché continueranno a circolare varianti del SARS-CoV-2, vi è ancora il rischio che i nuovi casi di sindrome post COVID-19 rimangano al livello attuale.

Summary

With the approval of postulate 21.3454 “Impact of long COVID on social insurance” from the National Council Social Security and Health Committee (SSHC-N), the FSIO Domain “Invalidity Insurance” (AI/IV) was commissioned to issue a report in response to the postulate. This study – “Impact of long COVID on invalidity insurance” – aims to use current knowledge and available experience to examine the impact of long COVID-19 illness on invalidity insurance in particular. The results of the investigation are to be incorporated, inter alia, into the report to be issued by the administration in fulfilment of postulate 21.3454.

Issue and procedure

The study has several goals. **Firstly**, an analysis of the literature on current knowledge about long COVID infection was carried out to make the empirical findings and insights in respect of long COVID sufferers in invalidity insurance (AI/IV) more meaningful. **Secondly**, an investigation was conducted to determine how many long COVID sufferers had registered with invalidity insurance, which benefits and measures from the areas of assessment, early intervention and rehabilitation had so far been granted by invalidity insurance to those affected, and how many insured persons had so far received a pension (as at the end of 2023). The findings are underpinned by a quantitative-focused dossier analysis of a random sample of approximately 500 dossiers taken from the COVID monitoring system operated by the IV offices since early 2021. Elicited from this was information used to record the medical situation and the incapacity for work as well as the status of pension investigations for the long COVID sufferers registered with AI/IV. The information from the dossiers was supplemented with information from the invalidity insurance registers, which record, for example, the benefits granted. To facilitate categorisation of the figures elicited for the long COVID sample, a comparator group was established of people not suffering from the condition who registered with invalidity insurance in the same period as the long COVID sufferers. **Thirdly**, an online survey carried out by all IV offices provides an overview of invalidity insurance's experiences to date with long COVID sufferers from AI/IV. The investigation did not involve any analysis or evaluation of the quality of any processes, decisions or benefit-granting decisions and no examination was made of how sufferers perceive the support provided by AI/IV.

Literature analysis around current knowledge on long COVID

The state of knowledge around long COVID is dynamic and subject to continual change. The WHO defines long COVID as symptoms that occur within three months of a SARS-CoV-2 infection and last at least two months. The prevalence of long COVID is estimated at around 5% of those infected by SARS-CoV-2, although the percentage for serious, long-lasting cases is lower. It is precisely these cases that are of relevance here: patients who, even after 12 or more months, are still struggling with serious complaints and are significantly restricted in their daily lives and their ability to work. Most long COVID sufferers had a mild acute COVID-19 illness; women, older people, and chronic illness sufferers are more frequently affected. The risk of a new long COVID illness appears to have decreased as the pandemic progressed, due – inter alia – to new variants of the virus and increasing immunity among populations.

Long COVID has multiple symptoms, with over 200 documented. The most frequent symptom clusters are respiratory and cardiovascular issues, fatigue and cognitive impairment. Many long COVID sufferers with chronic complaints present symptoms that are similar to those of myalgic

encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS), leading to a severe restriction in their ability to work. Although there are specific tests for individual symptoms, to date there are no general diagnostic markers for long COVID. Therapeutic options are limited to alleviating symptoms and coping. For patients with fatigue and effort intolerance, scaling back activity levels and pacing are important to avoid any deterioration in their condition. The prognosis for sufferers with severe, long-lasting complaints is poor, and many will have to live the rest of their lives with significant restrictions in terms of their daily activities and their ability to work.

Long COVID cases in invalidity insurance

As at the end of 2023, at least 2,900 people with long COVID symptoms are assumed to have registered with AI/IV. Only infrequently – in approximately one out of every seven cases – does long COVID become relevant in an AI/IV procedure that is already ongoing. We talk here of the LC1 sample, ongoing AI/IV cases with long COVID. The vast majority of long COVID cases involve individuals who newly register with AI/IV because of their long COVID disorder; such individuals make up the LC2 sample, which contains the “new” AI/IV cases (new AI/IV registrants with long COVID).

In the majority of all cases, registration occurs four to twelve months after a COVID infection. In a smaller percentage of cases, however, it takes place more than a year after infection. Although women have a lower risk than men of contracting serious acute COVID illness, they develop long COVID more frequently, based on findings to date. This pattern is also visible among the AI/IV cases of long COVID: women account for almost two-thirds (64%) of long COVID cases with the AI/IV and are thus clearly overrepresented.

Long COVID cases with the AI/IV had increased from the beginning of 2021, but have been dropping again since the end of 2022. In terms of all new AI/IV registrations from this period, long COVID cases account for approximately 1.8% and 1.6% (only new registrations with long COVID). Since the only long COVID cases that could be identified for the purposes of the study were those whose dossiers contained, as at August 2023, medical opinions where a diagnosis of long COVID had been ascertained or at least explicitly posited, it is possible that the number of people with long COVID who are with AI/IV is underestimated in this study. For example, there are around 1,000 cases from COVID monitoring for 2021/2022 for which there was (as yet) no clear indication of long COVID symptoms at the time the dossier analysis was carried out. This is around one-third of all individuals recorded in COVID monitoring. It is possible that, for at least some of these individuals, a clear medical diagnosis of long COVID disorder has been established in the meantime. Furthermore, it can be assumed that some long COVID sufferers either do not register with AI/IV or only register after a substantial delay and are therefore not or not yet included in the data available. It is not possible to estimate how high this figure is. A question that remains open is the extent to which people presenting with symptoms that are typical of long COVID (e.g. ME/CFS – myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome) but are in fact not connected with a COVID infection will get to AI/IV in future.

As mentioned previously, the symptoms of long COVID are very wide-ranging. What is noticeable with people with long COVID who have registered with AI/IV is the preponderance of the *fatigue/effort intolerance* symptom cluster, under which 85% of cases can be classified, and neurocognitive complaints, accounting for around 60%. This indicates that the individuals with long COVID who are with the AI/IV are suffering from particularly debilitating symptoms with a major impact on how they function. This is also reflected in the incapacity for work at the time of registration: this amounts to 100% for nine out of ten cases.

As research shows, long COVID affects young people as well older people, and healthy people as well as those with chronic illnesses. One-third of long COVID sufferers with AI/IV do not have any health complaints other than long COVID and were in good health prior to their long COVID disorder. At the current time, the literature does not make it possible to say with any clarity how far chronic illnesses are a risk factor for long COVID. At 66%, the percentage of people with a chronic condition (in addition to long COVID, i.e. a comorbidity) is slightly higher among the identified long COVID cases than among the general population, as a comparison with data from the Swiss healthcare system shows. In addition, a clear demarcation of the symptoms of long COVID and those of other chronic conditions such as cardiovascular or kidney complaints is not always possible. It is often also difficult to distinguish between the cognitive and psychological effects of long COVID, such as sleep or anxiety disorders, PTSD or depression, and “pre-existing” psychological issues. Potentially, therefore, the rate of comorbidities may be somewhat overestimated in this study. The fact that comorbidities increase the longer a person has been with the AI/IV indicates that some of the comorbidities are not pre-existing conditions that predated long COVID but concomitant conditions or consequences of long COVID.

In around 60% of cases, the first improvements in the capacity for work were visible within two years of registration with AI/IV. A significant portion of long COVID sufferers – in particular older people and people with multiple health complaints – are still 100% unable to work after two years. The general picture is that improvements materialise either rapidly or then practically not at all. Approximately one in every four long COVID sufferers lost their jobs within the period of one to two years after registering with AI/IV. No direct comparison with new registrations without long COVID from the same period is available. However, a comparison with the findings of a different study (Guggisberg et al. 2023) suggests that the risk of job loss is higher for long COVID sufferers than for people who do not suffer from long COVID. The Guggisberg et al. 2023 study shows that, of all new registrations in 2017, roughly every fourth person had lost their job within four years of registering. In the LC2 sample, every fourth person had lost their job after only two years.

Investigation and rehabilitation measures

The **number**, **speed** and **costs** of investigation and rehabilitation measures for long COVID sufferers compared with the reference group (RG) were analysed. It became clear that the number of measures prescribed for long COVID sufferers within 12 to 24 months of registration was not lower than for the reference group (RG) but tended to be slightly higher. This can be taken as an indication that long COVID sufferers are confronted with comparatively serious impairments. A distinction is made between measures that are prescribed and already settled and those that have been prescribed but have not yet been settled. If a measure has been prescribed and settled, it is clear that the measure has actually been carried out and has not, for example, been postponed due to changes in the individual's health situation.

An overview of the key figures here:

■ **Medical/occupational investigation measures:** At least one investigation measure was prescribed within 12 months of registration for 10.2% of long COVID sufferers and one already settled for 4.3%. This is more than double that for the reference group of new AI/IV registrations without long COVID. The number of medical/occupational investigation measures prescribed here amounts to 4.2%, with the benefit already having been settled for 2.9%. The average costs of investigation measures are slightly higher with long COVID cases and the spread of costs is somewhat broader than in

the reference group. The average length of time until an investigation measure is pronounced amounts to around eight months for the reference group and just over eight months for the long COVID cases.

■ **Reintegration measures (including early intervention measures):** At least one reintegration measure was prescribed within 12 months of registration for 47.1% of people with long COVID, slightly more than for the reference group (RG). The most frequent measures are measures in the area of early intervention (long COVID: 39.6%; reference group: 31.5%). Integration measures (long COVID: 9.4%; reference group: 5.7%) and occupational measures (long COVID: 12.4%; reference group: 9.7%) are also granted comparatively frequently. The average costs per recipient for people with reintegration measures (including early intervention) amount to approximately CHF 5,000. This figure is comparable for people with long COVID and people from the reference group. Across all reintegration measures (including early intervention), although the costs per benefit recipient are slightly lower for people with long COVID, they are essentially comparable with those for the reference group. For both groups, it takes on average around two months for an early intervention measure to be pronounced, and approximately eight months for occupational measures and integration measures.

Pensions

Twenty-four months after registration, just under half (45%) of all registrants with long COVID (LC2 sample) had obtained a pronouncement on the awarding of a pension. Of all those already in receipt of a pension decision, roughly one-third were awarded a pension. The granting of a pension was rejected for the remaining two-thirds, as can be ascertained on the basis of the information from the dossiers. The pension-awarding process for long COVID cases is generally somewhat longer (median 19 months) than a pension-rejecting process (median 11 months). No comparative figures are available for the reference group, as the timing of the pension decision is taken from the dossiers and this information is not contained in the register data used to form the reference group.

In contrast, the information in the AI/IV register shows – both for the long COVID sufferers and the reference group – who was in receipt of a pension in December 2023 or not. Overall, 12% of the LC2 sample (new registration with long COVID in 2021/2022) and 9% of the reference group (new registration without long COVID in 2021/2022) were in receipt of a pension in December 2023. This percentage will increase as time goes on. It can thus be assumed, for example, that some of those individuals for whom the pension-checking process is still ongoing will be awarded a pension in the future. The pension payment ratio by year of registration already makes this clear: of the long COVID sufferers from registration year 2021, 20% were in receipt of a pension at the end of 2023; the equivalent figure from registration year 2022 was just 6%. At 13%, the pension payment ratio is lower for the reference group with registration year 2021, with 6% from registration year 2022. Since not all pension recipients receive a full pension, it is also worth taking a look at weighted pensions. At 9% in the LC2 sample (registrations in 2021/2022), the percentage is slightly higher than for the reference group (8%). For registrations with long COVID from 2021, the share of weighted pensions amounts to 14%, higher than the figure of 11% for the reference group.

Group-specific differences in terms of pension payment ratios from the reference group are also particularly noticeable among long COVID cases. Within the timeframe examined, men were awarded a pension more frequently than women, younger people less frequently than older people, and the rate of people with a pension from non-German-speaking Switzerland is higher compared with that for German-speaking Switzerland.

Viewpoint and experiences of the IV offices

Roughly four years after the outbreak of the pandemic in Switzerland, most IV/AI offices are unable to determine any significant increase in case numbers or any direct impact on employees' workloads. This viewpoint is borne out by statistical analyses, which show that long COVID sufferers make up only a small portion of all new registrations with AI/IV, and that the trend with regard to this portion tends to be downward. The IV offices are generally of the opinion that, even without any specific process adjustments, they are generally well equipped to investigate benefit entitlements with long COVID and to support those affected using the means and instruments available. To date, they have primarily seen the repercussions of long COVID in the fact that the investigations of those affected tend to be more resource-intensive and, in some cases, involve a great deal of uncertainty (formulation of a diagnosis, assessment of functional impairment, reintegration potential). Part of these specific challenges is that a sizeable majority of long COVID cases with AI/IV are affected by fatigue/effort intolerance, where symptoms are difficult to judge objectively and are therefore far from straightforward to handle in the investigative process. In addition, the considerable significance of integration measures among long COVID sufferers is plausible, as such measures are low-threshold and also geared to the needs of people with fatigue/effort intolerance. Even if long COVID has so far been (in quantitative terms) a somewhat peripheral issue for many IV offices, the surveying of the IV offices and the regional medical service has also shown that it is difficult for respondents to gauge the longer-term repercussions for AI/IV at the current point in time.

Conclusion

Within the framework of this mandate, current knowledge around long COVID illness was investigated in a concise, overview-based manner and – where possible – brought into context with the empirically determined findings on long COVID sufferers with AI/IV. The data underpinning this study makes it possible to draw provisional conclusions, as at the end of 2023, in terms of the number of long COVID sufferers who have registered with AI/IV as well as the benefits and measures awarded by AI/IV in the areas of assessment, early intervention and pensions. The creation of a reference group consisting of people who registered with AI/IV in the same period as the long COVID sufferers but did not have any long COVID complaints facilitates meaningful interpretation of the findings as regards the number, speed and costs of the benefits awarded to long COVID sufferers. The picture is completed by the experiences and viewpoints relating to the impact of long COVID on AI/IV that were obtained from the IV offices through online surveying.

Medically speaking, the long COVID cases with AI/IV are mostly very sick patients who are severely impaired in their ability to function. Around the point of registering, nine out of ten of those affected have an incapacity for work of 100%. The vast majority (85%) of those affected suffer from fatigue/effort intolerance, mainly in combination with other complaints from the symptom cluster of neurocognitive disorders or – somewhat less frequently – respiratory and cardiovascular problems. Consequently, a significant portion of the AI/IV's long COVID cases likely suffer from complaints of the same type as myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). ME/CFS is a complex and serious chronic illness that is characterised by persistent tiredness, pain, cognitive impairment and a deterioration of symptoms after exertion. Pacing and scaling back activity levels is necessary with fatigue/effort intolerance, as forcing activity levels beyond what the individual can cope with can lead to a permanent deterioration in the person's condition. This also has to be taken into account with a view to reintegration measures.

Since there is currently no established effective therapy for either long COVID or ME/CFS and the prognoses for these disorders are poor (Renz-Polster & Scheibenbogen, 2022), it should be assumed that, for some long COVID sufferers, there will be practically no improvement in their state of health over the medium or long term and that those affected will have to live with these complaints their entire lives. Furthermore, the patient care in place is often inadequate. Health and social security systems around the world are looking for ways of dealing with this new illness and of helping those affected more effectively (Economist, 2024). For the AI/IV, this means that long COVID is a new syndrome that must be taken seriously and that creates a significant disease burden. It is difficult to predict how the number of new pensions caused by long COVID will develop over the longer term. This said, in relation to the other AI/IV pensions (as at 2023: 251,000)¹ and annual new pensions (2023: 22,300)² the number of additional new pensions tends to be more on the low side. Since variants of SARS-CoV-2 will continue to circulate, there is a very real risk that new infections will remain on a par with the current level.

¹ FSIO (2024): AI/IV statistics 2023

² FSIO (2024): AI/IV statistics 2023

1 Ausgangslage und Fragestellungen

Mit der Annahme des Postulats 21.3454 «Auswirkungen von Long Covid auf die Sozialversicherungen» der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) wurde das Geschäftsfeld Invalidenversicherung (GF IV) des BSV beauftragt, einen Bericht zur Erfüllung des Postulats zu erstellen. Mit der vorliegenden Studie «Long-Covid-Betroffene bei der Invalidenversicherung» sollen die Auswirkungen der Long-Covid-19-Erkrankung basierend auf dem aktuellen Wissensstand und den vorhandenen Erfahrungen insbesondere auf die Invalidenversicherung untersucht werden. Die Resultate der Untersuchung sollen u.a. in den durch die Verwaltung zu erstellenden Bericht in Erfüllung des Postulats 21.3454 einfließen.

Die Studie fokussiert auf vier Ebenen:

- **Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen:** Was ist aus der Fachliteratur zu den Betroffenen, der Symptomatik sowie den langandauernden funktionellen Einschränkungen bekannt?
- **Long-Covid-Betroffene bei der IV:** Wie viele Long-Covid-Betroffene gibt es bei der IV? Wie setzt sich die Gruppe nach soziodemografischen Merkmalen zusammen und welches ist ihre medizinische und berufliche Situation?
- **Leistungszusprachen für Long-Covid-Betroffene:** Welche Leistungen werden Long-Covid-Betroffenen durch die IV zugesprochen und inwiefern unterscheiden sich diese von den Leistungszusprachen bei anderen Versicherten?
- **Erfahrungen der IV-Stellen:** Wie gestaltet sich der Abklärungsprozess bei Long-Covid-Betroffenen aus Sicht der IV-Stellen?

Die Sicht der Betroffenen auf ihre Situation und wie die Betroffenen die Unterstützung durch die IV wahrnehmen, ist nicht Gegenstand der Studie.

Es gehört zu den Herausforderungen des vorliegenden Mandats, dass zu Long-Covid Erkrankungen noch wenig gesichertes Wissen vorhanden ist und die IV nur über erste Erfahrungen mit Long-Covid-Betroffenen verfügt, bei denen die Abklärungen häufig noch nicht abgeschlossen und damit Entscheide insb. bezüglich Rentenzusprachen und –ablehnungen noch hängig sind. Die hier präsentierten Ergebnisse bilden im Wesentlichen die Situation rund 4 Jahre nach Ausbruch der Pandemie in der Schweiz ab und können damit nur die kurz- bis mittelfristigen Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung aufzeigen. Dass Covid-Infizierte auch noch nach Abklingen der akuten Covid-19-Infektion Beschwerden aufweisen, wurde rasch klar und in der Fachwelt bereits im Sommer 2020 thematisiert (z.B. Carfi et al., 2020). Es dauerte aber eine Weile, bis Long-Covid als eigenständiges Krankheitsbild breit anerkannt wurde und Betroffene eine entsprechende Diagnose erhielten. Um eine grobe Einschätzung auf nationaler Ebene zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Invalidenversicherung zu ermöglichen, haben sich die IV-Stellen gemeinsam mit dem BSV ab Anfang 2021 darauf verständigt, möglichst alle versicherten Personen mit direkten gesundheitlichen Langzeitfolgen nach einer Covid-19-Erkrankung in einer Liste zu erfassen (Covid-19-Monitoring). Nur dank dieser grob geführten Liste war es überhaupt möglich, in dieser Untersuchung die Anzahl Long-Covid-Betroffener auf nationaler Ebene zu identifizieren und etwas zu den Leistungszusprachen für Long-Covid-Betroffene auszusagen.

In Kapitel 2 werden zunächst das methodische Vorgehen und die Datengrundlage beschrieben. Der aktuelle Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen wird in Kapitel 3 diskutiert. Anschliessend wird aufgezeigt, wie viele und welche Personen mit Long-Covid bei der IV sind (Kapitel 4) und welche Leistungen per Ende 2023 gesprochen wurden (Kapitel 5). Kapitel 6 legt dar, wie sich die

Arbeits(un)fähigkeit der Betroffenen entwickelt hat und inwiefern der Stellenerhalt gelingt. Danach folgen in Kapitel 7 die Ergebnisse der Befragung der IV-Stellen und der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD). Im abschliessenden Kapitel 8 werden Schlussfolgerungen formuliert.

2 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Für die Beantwortung der Fragestellungen werden unterschiedliche Informationsquellen herangezogen, die zusammen mit dem methodischen Vorgehen nachfolgend beschrieben werden.

2.1 Literaturanalyse

Für die Literaturanalyse fand eine erste Suche nach relevanter Literatur zu Beginn der Arbeiten an der Studie im Sommer 2023 statt. Ziel war, für den Bericht eine etablierte Definition von Long-Covid zu bestimmen, Risikofaktoren für Long-Covid zu eruieren und eine Übersicht zu den gängigsten Symptomen und Beschwerden von Long-Covid-Betroffenen zu erhalten. Dies diente als Grundlage für die Erarbeitung des Codierschemas für die Analyse der IV-Dossiers: Welche Symptome sollten erfasst werden? Was sind potenziell relevante und deshalb zu erfassende Komorbiditäten? Im Frühling 2024 erfolgte ein Update mit relevanter Literatur. Dabei wurden auch erste verfügbare Arbeiten zu den langfristigen Auswirkungen von Long-Covid auf die Funktionalität inklusive Arbeitsfähigkeit der Betroffenen berücksichtigt.

2.2 Analyse IV-Dossiers

Weil in den IV-Registerdaten keine detaillierten Informationen zur medizinischen und beruflichen Situation erfasst sind, wurde eine quantitativ ausgerichtete Dossieranalyse durchgeführt, um die in den Dossiers zugänglichen Informationen nutzbar zu machen. Es wurde eine Stichprobe von insgesamt 501 Dossiers von Personen aus dem Covid-19-Monitoring der IV-Stellen gezogen und analysiert. In einem ersten Schritt wurde geprüft, ob es sich um Dossiers mit klarem Hinweis auf eine mögliche Long-Covid-Erkrankung handelt. Für Dossiers aus diesem so definierten Long-Covid-Sample (LC-Sample) wurden dann in einem zweiten Schritt nähere Angaben erfasst, welche im Fokus der Untersuchung stehen (z.B. Symptome, Komorbiditäten, Entwicklung der Arbeitsfähigkeit). In einem weiteren Schritt wurde das LC-Sample mit den IV-Registerdaten verknüpft, um die Leistungszusprachen zu analysieren. **Abbildung 1** zeigt das Vorgehen im Überblick.

Abbildung 1: Überblick zur Dossier- und Registerdatenanalyse



Quelle: Darstellung BASS

2.2.1 Stichprobenziehung aus dem Covid-19-Monitoring der IV-Stellen

Für die Dossieranalyse wurde eine Stichprobe von 501 Personen aus allen bis Ende 2022 ins Covid-19-Monitoring der IV-Stellen eingetragenen Personen gezogen.³ Das Covid-19-Monitoring der IV-Stellen sollte alle sich bei den IV-Stellen meldenden Personen mit direkten gesundheitlichen Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Erkrankung erfassen. Die IVST wurden angehalten, im Zweifelsfall auch Fälle einzutragen, bei denen ein Long-Covid-Bezug unklar war (vgl. IVSK, 2021). Per Ende 2022 waren insgesamt 3'519 Personen im Monitoring eingetragen.⁴ Nicht berücksichtigt für die Stichprobenziehung wurden Personen, die zum Zeitpunkt der Erfassung minderjährig waren und für die nicht dieselben Leistungen zur Verfügung stehen wie für erwachsene Personen (10 Personen, 0.3%). Auch im Ausland wohnhafte Personen (232, 6.6%) wurden aufgrund von fehlenden wichtigen Informationen ausgeschlossen. Weiter wurden Personen ausgeschlossen, die im Beobachtungszeitraum bis Ende 2022 verstarben (22 Personen, 0.6%) oder bis Ende 2023 das Rentenalter erreichten (150, 4.3%). Für sie können die nach der Erfassung gesprochenen Leistungen nicht im gleichen Masse untersucht werden. Gesamthaft wurden so 414 Personen (11.8%) ausgeschlossen, und es verblieben für die Stichprobenziehung aus dem Covid-Monitoring 3'105 Personen.

Daraus wurde für die Dossier-Analysen eine Stichprobe von 501 Dossiers gezogen. Die Dossiers bilden den Stand per Ende August / Mitte September 2023 ab. In der Stichprobe sind Männer, jüngere Personen und Personen aus dem Tessin leicht übervertreten, damit alle interessierenden Subgruppen in ausreichender Anzahl in der Stichprobe enthalten sind. Um die Überrepräsentation zu

³ Die für die Untersuchung verwendeten Dossiers enthalten alle in den Dossiers abgelegten Einträge und Unterlagen von der Anmeldung bis Ende August/Mitte September 2023 (Stichtag variiert je nach Kanton zwischen 31. August und 15. September). Die Beschränkung auf Dossiers von Personen, die nicht später als Ende 2022 ins Covid-19-Monitoring eingetragen wurden garantiert, dass für alle Personen Einträge in den Dossiers über eine Zeitperiode von mindestens 8 Monate vorhanden sind.

⁴ Es ist möglich, dass die IV-Stellen nachträglich noch Änderungen / Korrekturen vorgenommen haben und mittlerweile andere Zahlen vorliegen.

korrigieren und repräsentative Aussagen zur Gesamtpopulation der im Covid-19-Monitoring erfassten Personen zu ermöglichen, wurden die Daten der kodierten Dossiers für sämtliche Auswertungen gewichtet.

2.2.2 Kodierung der Dossiers

Die Kodierung der Dossiers erfolgte anhand eines Kodier-Rasters und einer Dokumentation mit ausführlichen Anweisungen. Die Kodierer/innen wurden geschult und testweise haben mehrere Personen die gleichen Dossiers kodiert, um eine möglichst hohe Interrater-Reliabilität zu erreichen. Fälle mit Unklarheiten wurden am Schluss nochmals durch einen Co-Autor (MH) überprüft bzw. nachkodiert.

Identifikation von Long-Covid-Fällen

Als Long-Covid-Fälle wurden Dossiers definiert, die eine medizinische Stellungnahme enthalten, in welcher eine Long-Covid-Erkrankung festgestellt oder zumindest explizit vermutet wird. Dazu wurde via Dossierverzeichnis und/oder Stichwortsuche der aktuellste medizinische Bericht (z.B. medizinisches Gutachten, Arztbericht, RAD-Bericht) gesucht, der ausführlich über den aktuellen gesundheitlichen Zustand und die Vorgeschichte (Infektion, Ko-Morbidität) der Person Auskunft gibt. Von den 501 analysierten Dossiers wurden so insgesamt **336 (67%)** als **Long-Covid-Fälle** klassifiziert. Die meisten übrigen Dossiers (134 bzw. 27%) enthalten zwar Hinweise auf eine Covid-Infektion und vereinzelt auch auf eine Covid-Infektion als mögliche Ursache für gewisse Beschwerden, allerdings lässt sich in den Berichten kein expliziter Verdacht auf oder gar ein Befund (im Sinne einer ärztlichen Einschätzung) einer Long-Covid-Erkrankung finden. Dies kann selbstverständlich auch daran liegen, dass eine entsprechende medizinische Stellungnahme noch ausstehend ist. Oder dass eine Long-Covid-Erkrankung fälschlicherweise (noch) nicht erkannt wurde. Es ist damit nicht ausgeschlossen, dass einzelne Dossiers aus dieser Gruppe zu einem späteren Zeitpunkt als Long-Covid-Fälle klassifiziert werden könnten. Bei einer kleinen Anzahl Dossiers (31 bzw. 6%) konnten keinerlei Hinweise auf (Long-)Covid festgestellt werden (d.h. es finden sich im gesamten Dossier keine Hinweise auf gesundheitliche Langzeitfolgen infolge einer Covid-Infektion). Diese Fälle stammen mehrheitlich aus der Frühphase des Covid-19-Monitorings (erste 6 Monate), als bei der IV noch kaum Erfahrungen mit Long-Covid vorlagen und die Identifikation von Long-Covid-Fällen noch nicht gut eingespielt war.

Erfassung der medizinischen Situation, Arbeitsunfähigkeit und Stand der Rentenabklärung

Bei den identifizierten Long-Covid-Fällen wurden alle in den medizinischen Berichten dokumentierten Symptome kodiert, welche in Zusammenhang mit einer Long-Covid-Erkrankung stehen können (**Long-Covid-Symptome**). Die Symptome wurden nach Möglichkeit einem Symptomcluster zugewiesen. Die Auswahl der zu berücksichtigenden Symptome und deren Clusterung wurden aus dem aktuellen Wissenstand zu häufigen Beschwerden im Zusammenhang mit Long-Covid abgeleitet. Aufgrund der grossen Bandbreite von Long-Covid-Symptomen wurden zahlreiche Symptome berücksichtigt. Pro Fall wurden bis zu drei Cluster kodiert:

- Fatigue/Belastungsintoleranz (u.a. chronisches Erschöpfungssyndrom, Post-exertional Malaise (PEM), «Crash»)
- Atmung-Herz-Kreislauf (u.a. Atembeschwerden, Herzflattern, Brustschmerzen, Atemnot, Kurzatmigkeit, Dyspnoe)
- Neuro-kognitive Störungen (u.a. Konzentrationsstörungen, Gedächtnis, Schlafprobleme, «Brain-Fog»)

■ Andere Symptome im Zusammenhang mit Long-Covid, die keinem der obigen Cluster zugewiesen werden können

Zusätzlich wurden zudem allfällige **Komorbiditäten** erfasst, also medizinisch dokumentierte Symptome, die nicht direkt im Zusammenhang mit Long-Covid stehen. Wie bei den Long-Covid-Symptomen wurden hier pro Fall bis zu drei Symptomcluster kodiert. Die Cluster orientieren sich an den im Erhebungsbogen für Post-Covid Assessment (EPOCA) abgefragten Vorerkrankungen. Eine Liste der Symptomcluster zur Erfassung der Vorerkrankungen bzw. Komorbiditäten findet sich in Tabelle 29 im Anhang.

Mittels Stichwortsuche («Cov», «Corona», «SARS») im gesamten Dossier wurde das Datum der **Covid-19-Infektion** bzw. des positiven Covid-19-Tests erfasst. Falls mehrere Infektionen dokumentiert sind, wurde die vermutlich auslösende für die Long-Covid-Beschwerden kodiert. Zusätzlich wurde eine allfällige **Hospitalisierung** im Zusammenhang mit der akuten Covid-Erkrankung erfasst (ggf. mit Stichwortsuche «stationär» / «hospitali»). Ein Aufenthalt in einer Reha-Klinik wurde nicht als Hospitalisierung kategorisiert.

Angaben zur **Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit (AUF)** wurde ebenfalls mittels Stichwortsuche im gesamten Dossier erhoben («AUF» / «Arbeitsunfähigkeit» / «Arbeitsfähigkeit» / «Erwerbstätigkeit» / «Erwerbsfähigkeit»). Der bisherige Verlauf der AUF ist teilweise in den medizinischen Berichten oder – sofern die Dossiers Fallzusammenfassungen enthalten – in den Protokollen / Case Reports oder – falls bereits vorhanden – in den Verfügungen/Vorbescheiden dokumentiert. Angaben zum Beginn einer allfälligen AUF waren häufig in den Anmeldeformularen («Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente») enthalten. Nach Möglichkeit wurde die AUF ab den Zeitpunkt der IV-Anmeldung dokumentiert. Für Personen, die bereits länger bei der IV angemeldet waren und die Anmeldung unabhängig von Covid erfolgte, wurde die AUF so gut wie möglich ab dem Zeitraum des erstmaligen Auftretens von Long-Covid-Beschwerden erfasst. Für jede AUF-Phase (Zeitraum mit einer unveränderten AUF) wurde das Startdatum und der Grad der Arbeitsunfähigkeit erfasst. Wichtig ist hier anzumerken, dass auf Basis der Dossieranalysen keine Aussagen zur Ursache der AUF möglich sind. So konnte nicht erhoben werden, ob und zu welchen Teilen eine Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit Long-Covid-Beschwerden oder allfälligen Komorbiditäten besteht. Auch stimmt eine attestierte AUF nicht notwendigerweise mit der Wahrnehmung der Betroffenen und dem tatsächlich geleisteten Erwerbsumfang überein.

Die **Erwerbssituation** der versicherten Personen wurde für den Zeitpunkt der IV-Anmeldung (aus dem Anmeldeformular BI/Rente) und für den jüngsten dokumentierten Zeitpunkt («aktuelle Erwerbssituation») erfasst. Angaben zur aktuellen Erwerbssituation wurden mittels Stichwortsuche (z.B. «Stelle», «Kündigung», «Arbeit», «Erwerb») in den jüngsten Dokumenten und falls vorhanden den Case Reports / Protokollen oder Verfügungen gesucht. Dabei wurde speziell darauf geachtet, ob ein Verlust der Arbeitsstelle dokumentiert ist.

Schliesslich wurden Angaben zum **Stand der Rentenabklärungen** erhoben. Mittels Stichwortsuche wurde geprüft, ob bereits eine Verfügung oder ein Vorbescheid bezüglich des Rentenanspruchs vorhanden ist. In diesem Fall, wurden das Datum und das Ergebnis des Entscheids (Rentenzusprache oder -ablehnung) erfasst.

Tabelle 1 fasst die wichtigsten Punkte zur Dossieranalyse zusammen.

Tabelle 1: Überblick zu den aus den Dossiers erfassten Informationen

Erfasste Informationen	Herkunft der Informationen	Bemerkungen
<i>Für die gesamte Stichprobe (501 Dossiers)</i>		
Identifikation Long-Covid-Fälle	Medizinische Berichte	Long-Covid angenommen/vermutet
<i>Für Long-Covid-Sample (336 Dossiers)</i>		
Long-Covid-Symptome	Medizinische Berichte	bis zu 3 Symptomcluster pro Fall
Komorbiditäten	Medizinische Berichte	bis zu 3 Symptomcluster pro Fall
Datum und Verlauf Covid-Infektion	Gesamtes Dossier / Stichwortsuche	
Entwicklung Arbeitsunfähigkeit	Gesamtes Dossier / Stichwortsuche Anmeldeformular BI/Rente Ggf. Protokolle / Case Reports / med. Berichte	Seit aktuellster IV-Anmeldung
Erwerbssituation	Gesamtes Dossier / Stichwortsuche Anmeldeformular BI/Rente Ggf. Protokolle / Case Reports	Bei IV-Anmeldung und aktuell
Stand Rentenabklärungen	Gesamtes Dossier / Stichwortsuche Verfügung / Vorbescheid / Mitteilung Ggf. Protokolle / Case Reports	

Quelle: Darstellung BASS

Herausforderungen und Potenzial der IV-Dossieranalyse

Die IV-Dossiers enthalten alle bis zum Datum der Erstellung im System hinterlegten Unterlagen zum jeweiligen Fall. In der Regel umfassen die Dossiers mehrere hundert Seiten, wobei der Umfang erheblich variieren kann (im vorliegenden Fall zw. 20 und 2'176 Seiten). Mit Ausnahme der Dossiers von zwei IV-Stellen (IVST), enthalten sie ein Verzeichnis mit allen Dokumenten. Bei 7 IVST ist das Verzeichnis interaktiv und auf die Seiten mit den entsprechenden Dokumenten verlinkt. Die Dokumentenbezeichnung und -Klassifizierung ist teilweise sehr differenziert, teilweise werden nur wenige Dokumententypen unterschieden. Bei der Navigation durch das Dossier bzw. der Sichtung bestimmter Dokumente kommt erschwerend hinzu, dass dieselben Dokumente oder Dokumentenabschnitte häufig mehrfach in den Dossiers enthalten sind.

Zwei IVST kennen sog. «Case Reports», eine Zusammenfassung der Dossiers, welche die Analyse stark vereinfachen, weil alle relevanten Informationen kompakt zusammengefasst und einfach extrahierbar sind. Weitere 7 IVST haben Protokolle oder Verlaufsprotokolle mitgeliefert, die ebenfalls die meisten relevanten Informationen enthalten und sehr hilfreich sind, um sich rasch ein Bild über den Fall zu verschaffen. Jedoch sind die Informationen weder in den Case Reports noch in den (Verlaufs-)Protokollen systematisch strukturiert.

Die Dossiers wurden als PDF-Datei geliefert, deren Text in der Regel nicht durchsuchbar war.⁵ Die Dossiers mussten daher in durchsuchbare PDFs umgewandelt werden. Vereinzelte Dokumente (insb. Scans) waren auch nach der Umwandlung nicht durchsuchbar. Informationen, welche in allen IVST harmonisiert erfasst werden (z.B. Anmeldung BI/Rente oder Fragebogen für Arbeitgebende), können via Verzeichnis oder Stichwortsuche relativ rasch gefunden und extrahiert werden. Sehr aufwändig gestaltet sich aber das Zusammentragen aller übrigen Informationen, sofern diese nicht in gebündelter Form vorliegen (in Case Reports oder Verlaufs-/Protokollen). Diese Angaben mussten manuell extrahiert werden. Eine automatisierte Kodierung/Erfassung von Angaben aus den Dossiers ist aufgrund deren Heterogenität wenig erfolgsversprechend.⁶

⁵ Teilweise enthalten die Dossiers einzelne durchsuchbare Dokumente.

⁶ Die wenigen Angaben, welche in allen Dossiers in derselben Form vorliegen (z.B. Anmeldeformulare), sind in den meisten Fällen handschriftlich, was eine korrekte elektronische Erkennung erschwert.

2.3 Informationen aus den IV-Registern

Für die Analyse der Leistungszusprachen (vgl. Kap. 5) wurden die Angaben aus den Dossiers mit **Registerdaten der IV sowie mit Daten der individuellen Konten** ergänzt. Alle Daten stehen für den Zeitraum 2012-2022 zur Verfügung, die IV-Verfahrensdaten sowie die Informationen zu den Renten bis Ende 2023.

Tabelle 2: Verwendete Daten für die statistischen Analysen

Datenbezeichnung und Quelle	Zeitraum	Inhalt
IV-Registerdaten BSV	2012-2023*	IV-Verfahrensdaten mit Informationen zu Anmeldungen und Massnahmen, Rentenregister mit den Informationen zu Renten
IK-Registerdaten ZAS	2012-2022**	Einträge in den individuellen Konten: AHV-pflichtiges Einkommen

Anmerkungen: *Neuanmeldungen werden vom BSV aufbereitet und waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bis 2022 vorhanden. **Wobei 2022 von der ZAS noch nicht abgeschlossen wurde, das heisst, insbesondere Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit dürften noch fehlen. Darstellung BASS

Folgende Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen wurden berücksichtigt:⁷

■ **Massnahmen der Frühintervention FI** (Art. 7d IVG): Darunter fallen Anpassungen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Sozialberufliche Rehabilitation, Beschäftigungsmassnahmen, Stellensuche, Arbeitsplatzerhalt, Berufsberatungsgespräche und -analyse, Berufsberatungsmassnahmen und Coaching-Leistungen. Ebenfalls werden weitere Beratungs- und Begleitungsmassnahmen unter den FI berücksichtigt (Art. 14^{quater} IVG).

■ **Abklärungsmassnahmen AM** (Art. 43 ATSG und Art. 72^{bis} IVV): Dazu gehören unter anderem medizinische Gutachten, RAD-Untersuchungen und Beruflich-medizinische Abklärungen zur Eingliederungsfähigkeit.

■ **Integrationsmassnahmen IM** (Art. 14a und Art 8a IVG): Unter anderem fallen darunter: Belastbarkeitstraining, Aufbaustraining, Support am Arbeitsplatz, Beitrag an Arbeitgeber, Beratung und Begleitung Rentenbezüger/innen

■ **Berufliche Massnahmen BM** (Art. 15-18d IVG): Dazu gehören Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung & Umschulung (Tertiärausbildungen, weiterführende Schulen, berufliche Grundbildungen, praktische und übrige Ausbildungen), Berufsorientierte Weiterbildung, Arbeitsvermittlung und andere Massnahmen.

■ **Hilfsmittel HI** (Art. 21 und 21^{bis} IVG): Dazu gehören bspw. Hör- und Sehhilfen, Prothesen, Rollstühle und verschiedenste weitere Hilfsmittel, darunter auch allfällige bauliche Massnahmen zur Beseitigung von Barrieren im Wohnbereich oder am Arbeitsplatz.

Da im betrachteten Zeitfenster seit Anmeldung (12 Monate) für die relevanten Analysegruppen keine Hilflosenentschädigungen zugesprochen wurden, werden diese nicht separat ausgewiesen.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse für das Long-Covid-Sample wurde zu Vergleichszwecke mittels Stichprobe aus den IV-Anmeldungen ohne Long-Covid-Beschwerden eine **Referenzgruppe** gebildet. Berücksichtigt für die Stichprobe wurden alle Neuanmeldungen der Jahre 2021 und 2022 (rund 105'000 Beobachtungen, ohne die Personen im Monitoring). Die Ziehung der Stichprobe erfolgte geschichtet und entspricht in Bezug auf die Merkmale Geschlecht, Altersgruppe, Region sowie Monat der Anmeldung exakt jener des Long-Covid-Samples.

⁷ Wir beziehen uns auf das KSGLS 14, Stand 1. Juli 2022, sowie für die Leistungen vor 2022 auf das KSGLS 11, Stand 1. Januar 2020 bzw. das KSGLS-C, Stand 1. Juli 2020. Änderungen ab 2024 werden nicht berücksichtigt, da sie den Beobachtungszeitraum nicht mehr tangieren.

Die Zielgrösse für die standardisierte Referenzgruppe beträgt 30'000 Personen. Bei der Stichprobenziehung kamen dieselben Kriterien wie bei der Stichprobenziehung der Dossiers zur Anwendung. Die Personen müssen bei der Anmeldung mind. 18 Jahre alt und in der Schweiz wohnhaft sein. Personen, die bis Ende 2023 das Referenzalter für den Altersrentenbezug erreichen (64 Jahre bei Frauen, 65 bei Männern) erreichen, wurden ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Personen, die bis Ende 2022 verstarben.

Zur mengenmässigen Einordnung der Long-Covid-Fälle in die Gesamtmenge der IV-Fälle (vgl. Kap. 4), wurden **alle Neuansmeldungen in den Jahren 2021 und 2022** berücksichtigt (d.h. auch die Personen im Covid-Monitoring). Es wird keine Differenzierung nach Anmeldeformular vorgenommen.

Verwendung des Begriffs «IV-Anmeldung»

In der vorliegenden Studie bezeichnet der Begriff «IV-Anmeldung» Neuansmeldungen. Bei Neuansmeldungen handelt es sich um Anmeldungen von Personen, die während der fünf Jahre vor der Anmeldung weder Leistungen der IV bezogen noch sich angemeldet haben (d.h. es hat mit der IV während fünf Jahren kein Kontakt stattgefunden). Damit werden zum einen Personen erfasst, die zum allerersten Mal mit der IV in Kontakt kommen (der Grossteil der Personen) und zum anderen auch Personen, die in der Vergangenheit schon einmal mit der IV zu tun hatten. Beispielsweise kann dies jemand sein, der sich vor 7 Jahren wegen einer Einschränkung des Hörvermögens angemeldet hatte und in der Folge ein Hörgerät erhalten hatte, in den vergangenen fünf Jahren aber keine Leistungen der IV mehr beantragte und somit kein Kontakt zur IV mehr bestand.

2.4 Statistische Auswertung der gesammelten Informationen

In **Tabelle 3** werden die **Analysedimensionen der Studie** im Überblick dargestellt. Datenquellen sind jeweils die Dossiers und je nach Indikator zusätzlich die IV-Register. Für die Abschätzung der Anzahl Long-Covid-Betroffenen bei der IV wird das Covid-19-Monitoring der IV-Stellen als weitere Quelle hinzugezogen. Die Informationen aus den Dossiers bilden den Stand August 2023 ab, die Informationen aus den IV-Register den Stand Ende Dezember 2023. Zahlen des Covid-19-Monitorings werden für die Jahre 2021-2023 berücksichtigt. Für die Leistungen der IV werden jeweils die Anzahl, die Dauer bis zur Zusprache oder Ablehnung und die Kosten analysiert (Stand Ende Dez. 2023).

Die Analysen der Leistungszusprachen sowie der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit und Erwerbssituation beschränken sich auf die Long-Covid-Fälle, bei welchen die **Covid-Infektion vor der IV-Anmeldung** erfolgte (sog. «**LC2-Sample**», die grosse Mehrheit der Fälle). Diese Eingrenzung erfolgt, weil es sich bei den wenigen übrigen Long-Covid-Fällen um sehr heterogene und meist schon «ältere» Fälle handelt, bei welchen Long-Covid in einem laufenden IV-Verfahren relevant wurde (sog. «**LC1-Sample**») und damit Aussagen zu den Auswirkungen der Long-Covid-Erkrankungen sehr schwierig sind (für genauere Ausführungen zu den beiden LC-Samples vgl. Kap. 4.2). Die Vergleiche zwecks Einordnung erfolgen entweder mit der standardisierten Referenzgruppe (RG) oder mit allen Neuansmeldungen in den Jahren 2021 und 2022 (NeuAn).

Tabelle 3: Analysedimensionen

Bereich	Indikatoren	Quelle	Zeitraum / Stand	LC-Sample	Vergleich
Long-Covid-Fälle bei der IV					
Anzahl	Anzahl Long-Covid-Betroffene bei der IV	Dossier Monitoring Register	August 2023 2021-2023 2021 / 2022	LC1 / LC2	NeuAn
Zeitpunkt Anmeldung	Anmeldezeitpunkt in Bezug auf die Covid-Infektion	Dossier Register		LC1 / LC2	Nein
Soziodemografische Merkmale	Anteile nach Geschlecht, Alter und Region	Dossier Register		LC1 / LC2	NeuAn
Arbeitsfähigkeit / Erwerbssituation	AUF und Erwerbssituation bei IV-Anmeldung	Dossier	Anmeldung	LC1 / LC2	Nein
Medizinische Situation	Long-Covid-Symptomcluster und allfällige Komorbiditäten	Dossier	August 2023	LC1 / LC2	Nein
Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen					
Anzahl	Anteil der Personen, die innerhalb von 12 (bzw. 18) Monaten nach Anmeldung eine Leistung erhalten	Register	12 bzw. 18 Monate nach Anmeldung	LC2	RG
Kosten	Durchschnittliche Kosten der Leistungen (innerhalb 12 Monaten) pro Leistungsbezüger/in 25. und 75. Perzentil der Kosten pro Leistungsbezüger/in Durchschnittliche Kosten pro Anmeldung	Register	12 Monate nach Anmeldung	LC2	RG
Dauer	Dauer (Median) in Monaten von der Anmeldung bis zum Erhalt der ersten Leistung (Personen, die innerhalb von 12 Monaten eine Leistung erhalten hatten)	Register	12 Monate nach Anmeldung	LC2	RG
Rentenentscheide					
Anzahl	Anteil Long-Covid-Fälle mit Rentenentscheid (Verfügung) nach Monaten seit Anmeldung	Dossier	August 2023	LC2	Nein
Art des Entscheids	Anteil mit Zusage / Ablehnung (Verfügung) nach Monaten seit Anmeldung	Dossier	August 2023	LC2	Nein
Dauer	Monate von Anmeldung bis Entscheid (Median)	Dossier	August 2023	LC2	Nein
Rentensituation					
Anzahl	Anteil der Personen mit Rente Ende 2023 Anteil gewichtete Renten Ende 2023	Register	Ende 2023	LC2	RG
Rentenanspruch	Rentenanspruch (kategorisiert) der Personen mit Rente Ende 2023	Register	Ende 2023	LC2	RG
Entwicklung Arbeitsfähigkeit					
Verbesserung der Arbeitsfähigkeit	Anteil Long-Covid-Fälle mit einer Verbesserung, nach Monat der erstmaligen Verbesserung (Basis: alle Fälle, mit zunächst einer 100%-AUF)	Dossier	August 2023	LC2	Nein
Entwicklung Erwerbssituation					
Stellenverlust	Anteil Personen, die seit Anmeldung die Arbeitsstelle verloren haben	Dossier	August 2023	LC2	Nein

Legende: NeuAn = alle Neuanmeldungen 2021/2022; RG= Standardisierte Referenzgruppe aus den Neuanmeldungen 2021/2022; AUF = Arbeitsunfähigkeit. Quelle: Darstellung BASS

2.5 Befragung der IVST und RAD

Die 26 kantonalen IV-Stellen (IVST) und die 9 Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) wurden mit einer Online-Befragung zu ihren Einschätzungen und Erfahrungen bei der Abklärung von Personen mit Long-Covid-Beschwerden befragt.⁸ Alle IVST und RAD haben an der Umfrage teilgenommen (Rücklauf = 100%). Angeschrieben wurden jeweils die Leitungspersonen der IVST bzw. RAD. **Tabelle 4** zeigt, welche Personen innerhalb der IVST und RAD an der Beantwortung des Fragebogens beteiligt waren.

Tabelle 4: Funktion der Personen, die den Fragebogen beantwortet haben (Mehrfachantworten)

IV-Stellen	Anzahl	RAD	Anzahl
IVST-Leitung	12	Leitung RAD	8
Bereichsleitung Eingliederung	10	RAD-Ärztin/Arzt	2
Bereichsleitung Rentenabklärung	12	Andere	--
Juristische Bereichsleitung	2		
Fachperson Eingliederung	4		
Fachperson Rentenabklärung	5		
Juristische Fachperson	2		
Andere	6		

Quelle: Befragung IVST / RAD 2023. Berechnungen BASS

⁸ Auf die Befragung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland wurde verzichtet, weil Versicherte im Ausland keinen Anspruch auf Massnahmen der Frühintervention und Eingliederungsmassnahmen haben.

3 Aktueller Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen

Der Wissensstand zu Long-Covid-19 ist äusserst dynamisch und verändert sich laufend. Dies betrifft sowohl epidemiologische Aspekte wie die aktuellen und prognostizierten Prävalenzen, die Symptome, die Krankheitsverläufe und die mittel- und langfristigen Prognosen, wie auch die Therapiemöglichkeiten und die Versorgungsstrukturen für Betroffene. Dies alles beeinflusst massgeblich, wie stark und in welcher Form die IV von Long-Covid-19-Erkrankungen betroffen ist bzw. in Zukunft sein wird. Eine knappe Zusammenfassung der für die vorliegende Fragestellung relevanten aktuellen Evidenz (Stand Ende 2023, mit Update April 2024) zur Prävalenz, Symptomatik, Therapie und Prognosen von Long-Covid-19-Erkrankungen gewährleistet, dass unser Bericht die diesbezüglich relevanten Informationen berücksichtigt.

3.1 Definition von Long-Covid

Die gängige und verbreitete Definition der WHO beschreibt Post-Covid als Erkrankung, welche innerhalb von 3 Monaten nach einer SARS-CoV-2-Infektion auftritt und deren Symptome mindestens 2 Monate andauern (Soriano et al., 2022). Für diese Definition und als Abgrenzung zu anderen Definitionen wurde der Begriff Post-Covid eingeführt. Der Begriff hat sich jedoch weder in der breiten Öffentlichkeit noch in der Fachwelt wirklich etabliert und wird nicht konsequent benutzt. Long-Covid ist der weitaus gängigere Begriff und wird deshalb auch in diesem Bericht verwendet.

Die WHO-Definition von Post/Long-Covid als «Symptome nach einer Covid-Infektion mit mindestens 2 Monaten Dauer» beinhaltet weit mehr als die für die vorliegende Fragestellung relevanten Fälle. Viele dieser so definierten Long-Covid-Patient/innen haben Symptome wie Geruchs- oder Geschmacksstörungen, langandauernden Husten und/oder eine reduzierte Lungenfunktion, welche sich in der Regel nach und nach verbessern und meist nach 6 oder 12 Monaten nur noch leichte Beschwerden machen.

Relevant für die vorliegende Studie sind dagegen Patient/innen, welche auch noch nach 12 und mehr Monaten mit schweren Beschwerden und einer starken Einschränkung der Alltagsaktivitäten und Arbeitsfähigkeit kämpfen. Das bedeutet, dass Erkenntnisse aus der Literatur zu Prävalenz und Symptomatik von Long-Covid nur beschränkt auf unsere interessierende Population übertragbar sind. So dürften Prävalenzschätzungen, dass z.B. 5% aller Infizierten Long-Covid entwickeln, zwar zutreffen, aber dies bezieht sich nicht auf die chronische Form, die auch noch nach mehr als 12 Monaten schwere Beschwerden verursacht (Nittas et al., 2022). Immerhin wendet sich auch die Forschung zunehmend den für den vorliegenden Bericht relevanten langdauernden bzw. chronischen Long-Covid-Fällen zu (Ballouz et al., 2023).

3.2 Betroffene und Risikofaktoren

Die meisten Long-Covid-Betroffenen hatten einen milden akuten Covid-Verlauf. Zwar geht ein schwerer akuter Covid-Verlauf mit einem erhöhten Long-Covid-Risiko einher. Aber aufgrund der ungleich grösseren Anzahl von Infizierten mit milden Verläufen, stammt auch der grösste Anteil von Long-Covid-Betroffenen aus dieser Gruppe. Dies gilt insbesondere für Betroffene im erwerbsfähigen Alter, welche nur selten schwere akute Covid-Verläufe zeigten. Das Risiko für die Entstehung von Long-Covid nach einer Covid-Infektion war in der frühen Phase der Pandemie, 2020, höher, als in späteren Phasen (Antonelli et al., 2022a; Atchison et al., 2023; Peter et al., 2022). Es ist unklar, inwiefern dies auf die damalige Virus-Variante (der SARS-CoV-2-Wildtyp) oder auf die später zunehmende Immunität der Bevölkerung durch die Impfungen und/oder frühere Infektionen zurückzuführen

ist. Aufgrund der deutlich höheren Infektionsraten im späteren Verlauf der Pandemie, sind die Long-Covid-Fälle trotz tieferem Long-Covid-Risiko zuerst tendenziell noch angestiegen. Im Laufe des Jahres 2022 dann scheinen neue Long-Covid-Fälle abzunehmen und der Anteil der Bevölkerung, der an Long-Covid leidet stagniert – dies zeigen z.B. Daten aus den USA⁹. Für die Schweiz sind dazu keine Daten verfügbar, da weder ein Monitoring, noch eine Meldepflicht oder ein Register zu Long-Covid existiert. Es ist aber grundsätzlich von einer ähnlichen Entwicklung auszugehen.

Was das individuelle Risiko anbelangt, so erlitten Frauen zwar seltener als Männer eine schwere akute Covid-Erkrankung als Männer, sie erkrankten aber gemäss bisherigen Erkenntnissen häufiger an Long-Covid. Weitere Risikofaktoren für Long-Covid sind gemäss einer aktuellen Meta-Analyse (Tsampasian et al., 2023) das Alter, chronische Krankheiten wie Asthma oder Diabetes, Übergewicht, Rauchen und ein schwerer akuter Covid-Verlauf. Die Hinweise verdichten sich, dass Covid-19-Impfungen eine präventive Wirkung haben (z.B. Català et al., 2023). Allerdings sind die Ursachen und Mechanismen hinter einer Long-Covid-Erkrankung noch kaum verstanden und die Suche nach Risikofaktoren hat erst gerade begonnen.

3.3 Symptomatik und Beschwerden

Die Symptomatik einer Long-Covid-Erkrankung ist sehr vielfältig, in der Literatur werden über 200 Symptome gezählt und die genaue Ausprägung der Erkrankung fällt individuell sehr unterschiedlich aus (Davis et al., 2023). Diverse Studien haben versucht, «Typen» von Long-Covid-Erkrankungen zu identifizieren und gelangen zu zwischen drei und acht Symptomclustern bzw. Subtypen einer Long-Covid-Erkrankung (z.B. Canas et al., 2023).

Eine frühe, breit geteilte Einteilung ist die in drei «Symptomcluster» (Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022), der wir auch bei der Einteilung der Symptome in den Dossier-Analysen folgen:

- Probleme mit Atmung und Herz-Kreislauf (Husten, Kurzatmigkeit, Herzrasen, ca. 60% der Long-Covid-Betroffenen gemäss internationalen Studien)
- Fatigue/Belastungsintoleranz (rund die Hälfte der LC-Betroffenen), sowie
- kognitive Symptome (rund ein Drittel der LC-Betroffenen).

Daneben wurden zahlreiche weitere Symptome gefunden. Es gilt zu betonen, dass diese drei Symptomcluster nicht Krankheitstypen oder -varianten darstellen und allein auf einer Betrachtung der Symptome und nicht der Ursachen und zugrundeliegenden Krankheitsmechanismen beruhen.

Der Verlauf der Beschwerden von Long-Covid-Betroffenen variiert ebenfalls stark. Eine kürzlich publizierte prospektive Studie zur Schweiz (Ballouz et al., 2023) zeigt für die Anfangsphase der Pandemie – als noch keine Impfungen verfügbar waren und das Virus in seiner ursprünglichen Form zirkulierte – dass 22,9% der Betroffenen sechs Monate nach der Infektion noch Symptome aufwiesen und damit nach gängiger Definition an Long-Covid litten. Nach einem Jahr fiel dieser Anteil auf 18,5% und nach zwei Jahren auf 17,2%. Schwere Gesundheitsbeschwerden bestanden nach sechs Monaten bei 2,7% der Betroffenen, bei 1,9% nach zwölf Monaten und bei 1,9% auch noch nach 24 Monaten.

Zunehmend hat sich gezeigt, dass sich die Symptome von Long-Covid-Betroffenen mit langanhaltenden bzw. chronischen Beschwerden sehr häufig mit denjenigen einer ME/CFS (myalgische

⁹ Für die USA: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/as-recommendations-for-isolation-end-how-common-is-long-covid/>

Enzephalomyelits/chronisches Fatigue-Syndrom) decken (Renz-Polster & Scheibenbogen, 2022). Zentrale Merkmale sind die «Fatigue» sowie eine ausgeprägte Belastungsintoleranz («Post-Exertional Malaise», PEM). Studien zeigten, dass rund ein Fünftel der Long-Covid-Betroffenen eine Symptomatik vom Typ ME/CFS entwickeln (Tokumasu et al., 2022). Die genaue Prävalenz von ME/CFS Symptomatik dürfte stark von den in den Studien berücksichtigten Long-Covid-Patient/innen abhängen und bei Long-Covid-Betroffenen mit länger anhaltenden und schweren Beschwerden deutlich höher ausfallen. Die Konsequenzen einer Erkrankung vom Typ ME/CFS sind gravierend: bis zu 75% der ME/CFS-Erkrankten können nicht mehr Vollzeit arbeiten, 25% entwickeln so schwere Symptome, dass sie auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind (Davis et al., 2023).

3.4 Diagnostik

Bis jetzt sind keine generellen diagnostischen Marker für Long-Covid verfügbar, auch wenn die Forschung dazu zahlreiche Befunde liefert, welche dereinst Grundlage für diagnostische Tests liefern könnten (z.B. Cervia-Hasler et al., 2024). Allerdings sind prognostische Tools zu einzelnen Symptomen vorhanden, z.B. MRI für Kardio-Vaskuläre Schädigungen, Tilt Table für posturales Tachykardiesyndrom (POTS), Tests zu kognitiven Einschränkungen oder neuropathischen Schmerzen. Zudem existieren Diagnostische Tools für ME/CMF (Davis et al., 2023). Da die Symptome bei Long-Covid-Erkrankten vielfältig und oft unspezifisch sind und auch bei Allgemeinärzt/innen möglicherweise nicht korrekt gedeutet werden, dürften Nicht- oder Fehldiagnosen von Long-Covid bzw. der daraus resultierenden Symptomatik verbreitet auftreten. Erfahrungen zu POTS und ME/CFS zeigen, dass Symptome oft fälschlicherweise als psychisch bedingt eingeschätzt werden. Z.B. wird unerklärliche «Müdigkeit» oft und zuweilen auch von den Patient/innen selbst als Ausdruck einer depressiven Störung gedeutet (Davis et al., 2023). Die Guidelines zu Diagnostik und Therapie von Long-Covid in der Grundversorgung können da einen wertvollen Beitrag leisten (BAG, FMH, Inselspital Bern & Universitätsspital Genf (Hrsg.)), 2023).

3.5 Therapie und Prognose

Die Therapiemöglichkeiten bei Long-Covid beschränken sich aktuell auf die Linderung der Symptome und das «Coping», den individuellen Umgang mit der Erkrankung und den Folgen daraus. Es gibt bis jetzt keine ursächlichen Therapien. Die Versorgungssituation von Long-Covid-Patient/innen ist nicht einfach, da die Krankheit neu und komplex ist und fundiertes Wissen dazu in der Grundversorgung nicht immer vorhanden ist. Die Therapie erfordert zudem oft einen multidisziplinären Ansatz.

Bei Fatigue/Belastungsintoleranz ist Schonung bzw. das sog. «Pacing» angezeigt, da forcierte Aktivitäten über das individuell erträgliche Mass zu dauernder Zustandsverschlechterung führen können. Dies ist z.B. auch im Hinblick auf Eingliederungsmassnahmen zu beachten.

Die Prognose ist bei Fatigue/Belastungsintoleranz generell schlecht, die Symptome einer ME/CMF-Symptomatik halten in der Regel lebenslang an (Cairns & Hotopf, 2005). Sofern sich eine ME/CMF-Erkrankung nach einer SARS-CoV-2-Infektion ähnlich wie nach anderen Infekten manifestiert, und darauf deuten alle Befunde hin, dann ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der Long-Covid-Betroffenen, die nach einem Jahr noch schwere Symptome des Typs ME/CMF aufweisen, lebenslang mit diesen chronischen Beschwerden und den resultierenden schweren Einschränkungen in der Funktionalität leben muss.

4 Long-Covid-Fälle bei der IV

In diesem Kapitel werden die Long-Covid-Fälle bei der IV beschrieben und mit allen Personen verglichen, die sich im Zeitraum 2021-2022 bei der IV angemeldet haben. Dazu wird zunächst basierend auf den Ergebnissen der Dossieranalyse geschätzt, wie viele Long-Covid-Fälle es bei der IV insgesamt gibt (Kap. 4.1). Danach wird aufgezeigt, wann im Krankheitsverlauf sich Personen mit Long-Covid-Beschwerden bei der IV melden und welche Rolle dabei die Früherfassung spielt (Kap. 4.2). In Kapitel 4.3 beschreiben wir die soziodemografische Zusammensetzung der Long-Covid-Fälle, anschliessend die Erwerbssituation zum Anmeldezeitpunkt (Kap. 4.4) und die medizinische Situation (Kap. 4.5).

4.1 Anzahl Long-Covid-Fälle bei der IV und Anteil an allen Anmeldungen

Von den total 501 analysierten Dossiers wurden insgesamt **336 (67%) als Long-Covid-Fälle** identifiziert (d.h. Long-Covid wurde gemäss den medizinischen Berichten angenommen oder vermutet, vgl. dazu Abschnitt 2.2.2). Diese Fälle bilden die Basis für alle weiteren Analysen (**LC-Sample**). Basierend auf der so bestimmten Rate der Long-Covid-Fälle in den Dossiers aus dem Covid-19-Monitoring der IV-Stellen, kann die Gesamtzahl von Long-Covid-Fällen bei der IV geschätzt werden. Für die Hochrechnung muss zeitlich differenziert werden, da die LC-Rate der im Covid-19-Monitoring erfassten Personen über die Zeit zunimmt (2021 betrug die LC-Rate 61%, 2022 lag sie bei 71%).¹⁰

In **Tabelle 5** sind die im Monitoring erfassten Fälle nach Jahr aufgeführt.¹¹ Die Rate der Long-Covid-Fälle aus der Dossieranalyse wird zur Hochrechnung der Gesamtzahl der Long-Covid-Fälle bei der IV benutzt. Für die IV resultieren 863 Long-Covid-Fälle für das Jahr 2021, was 1.7% aller neuen IV-Anmeldungen in diesem Jahr entspricht. Im Jahr 2022 wurden mehr Fälle im Monitoring erfasst und ein grösserer Anteil der Fälle wurde in der Dossieranalyse als Long-Covid-Fall bestätigt: es ergeben sich hochgerechnet total 1'206 Fälle, was 2.2% aller neuen IV-Anmeldungen ausmacht.

Die Zahlen für die im Monitoring 2023 erfassten Fälle sind mit zusätzlichen Unsicherheiten behaftet. Da keine Dossiers von Personen aus dem Monitoring 2023 analysiert wurden, kennen wir zum einen die Long-Covid-Rate nicht und zum andern waren zum Zeitpunkt der Analysen auch die Anzahl Neuanmeldungen noch nicht bekannt. Für eine Annäherung an die Zahlen wurde für die Hochrechnung 2023 die empirisch ermittelte Long-Covid-Rate 2022 sowie die Anzahl der Neuanmeldungen von 2022 benutzt. Weil im Monitoring 2023 rund 500 Fälle weniger als im 2022 erfasst wurden ergeben sich in der Hochrechnung 2023 mit 827 Fällen somit auch weniger Fälle. Die ersten verfügbaren Zahlen aus dem Monitoring 2024 zeigen zudem, dass 2024 von einer weiteren Abnahme der Fallzahlen auszugehen ist.

Über die drei Jahre (2021-2023) resultieren damit etwas weniger als 3'000 Long-Covid-Fälle unter den IV-Anmeldungen. Dies entspricht 1.8% aller IV-Anmeldungen in diesem Zeitraum. Werden ausschliesslich die erfassten Fälle aus den Jahren 2021 und 2022 betrachtet, sind es gut 2'000 Long-Covid-Fälle und der Anteil an den Neuanmeldungen beträgt 2.8%.

¹⁰ Die IV-Stellen wurden angehalten, im Zweifelsfall «grosszügig» zu erfassen (vgl. IVSK, 2021). Es ist davon auszugehen, dass mit der steigenden Erfahrung im Zusammenhang mit Long-Covid die Erfassung präziser wurde.

¹¹ Die Zahlen zum Covid-19-Monitoring werden durch das BSV publiziert (vgl. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/monitoring-langzeitfolgen.html>).

Tabelle 5: Long-Covid-Fälle bei der IV: Hochrechnung 2021-2023

Monitoring-Jahr	Total im Monitoring erfasste Fälle	Anteil Dossiers mit klarem Long-Covid-19 Bezug	Hochrechnung Long-Covid-Fälle	
			Gesamtzahl	Anteil an allen Neuanmeldungen
2021	1'413	61.1%	863	1.7%
2022	1'692	71.3%	1'206	2.2%
Total 2021/2022	3'105	66.7%	2'069	2.0%
2023*	1'160**	71.3%	827	1.5%
Total* 2021-2023	4'265	67.9%	2'896	1.8%

Anmerkungen: * Berechnungen 2023 basieren auf der Long-Covid-Rate und den Neuanmeldungen von 2022. **Bei der Stichprobenziehung für die Dossieranalyse wurden einige Fälle ausgeschlossen (Personen, die verstorben sind, das Rentenalter erreichen, nicht in der Schweiz wohnhaft sind, etc.). Da für das Jahr 2023 diese Ausschlüsse nicht gemacht werden können, wird derselbe Anteil an Ausschlüssen benutzt wie bei der Stichprobenziehung (11.8%, vgl. Kapitel 2.2.1).

Quelle: Covid-19-Monitoring der IV-Stellen BSV, IV-Registerdaten BSV, LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

Nicht alle Fälle, welche in den Dossier-Analysen als Long-Covid-Fall identifiziert wurden, sind «neue» Fälle (Erst- oder Neuanmeldungen) bei der IV. So sind auch Personen darunter, die schon vor der Covid-Infektion wegen anderen gesundheitlichen Einschränkungen bei der IV angemeldet waren. Diese machen allerdings einen eher kleinen Teil an allen im Monitoring identifizierten Long-Covid-Fällen aus – der Grossteil sind neue Fälle (vgl. dazu Ausführungen in Kap. 4.2). **Tabelle 6** zeigt den Anteil der neuen an allen Long-Covid-Fällen aus der Dossieranalyse. 2021 betrug dieser 81%, 2022 waren es mit rund 89% etwas mehr. Für 2023 liegen wiederum keine empirisch ermittelten Informationen vor, weshalb die Werte von 2022 verwendet wurden, um die Anzahl neuer Fälle aufgrund von Long-Covid insgesamt zu schätzen. Für den Zeitraum 2021-2023 resultieren so rund 2'500 Personen, die aufgrund von Long-Covid Beschwerden zusätzlich zur IV gelangten. Gemessen an den Personen, die sich im selben Zeitraum neu bei der IV angemeldet hatten, machen die Neuanmeldungen mit Long-Covid 1.6% aus.

Tabelle 6: Long-Covid-Fälle bei der IV: Hochrechnung neue Fälle, 2021-2023

Monitoring-Jahr	Hochrechnung alle Long-Covid-Fälle	Anteil neue Fälle Dossieranalyse	Hochrechnung neue IV-Fälle mit Long-Covid	
	Gesamtzahl		Gesamtzahl	Anteil an allen Neuanmeldungen
2021	863	80.7%	697	1.4%
2022	1'206	88.6%	1'068	2.0%
Total 2021/2022	2'069	85.3%	1'765	1.7%
2023*	827	88.6%	731	1.3%
Total 2021-2023	2'896	86.2%	2'496	1.6%

Anmerkung: * Berechnung basiert auf den Angaben von 2022.

Quelle: Covid-19-Monitoring der IV-Stellen, IV-Registerdaten BSV, LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

Abweichung zu Zahlen im Covid-19-Monitoring der IV-Stellen des BSV

Die hier präsentierten Fallzahlen aus dem Monitoring sind etwas tiefer als die ausgewiesenen Zahlen, welche das BSV laufend ausweist (Monitoringjahr 2021 bspw. 1'777 Personen¹²). Grund für die Abweichung ist, dass wir nur Personen berücksichtigen, die in der Schweiz wohnhaft sind, bei der Anmeldung mindestens 18 Jahre alt sind und bis Ende 2022 nicht verstorben sind. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden Personen, die im Laufe des Jahres 2023 das Rentenalter erreichen. Siehe dazu auch Kapitel 2.2.1.

¹² Stand 04.02.2022: https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/uebersichten/covid-19-iv/covid-19-monitoring-2021.pdf.download.pdf/2021_VSK_COVID%2019%20Monitoring%20Abschluss_DE.pdf

Um die Anzahl der im Monitoring erfassten Fälle in Bezug auf die IV-Fälle insgesamt einzuordnen, wird im Covid-Monitoring der IV-Stellen der Indikator «Erfasste "COVID-19-Fälle" im Verhältnis zum Total Anmeldungen für Berufliche Massnahmen und Rente im Referenzjahr 2019» verwendet. In dieser Untersuchung wird für Einordnung der Anzahl Fälle als Basis nicht das «Total Anmeldungen für Berufliche Massnahmen und Rente», sondern alle IV-Neuanmeldungen im jeweiligen Jahr verwendet, unabhängig davon, welches Anmeldeformular die Betroffenen verwendet haben (vgl. Tabelle 5 und Tabelle 6, «Anteil an allen Neuanmeldungen»).¹³ Weil bei den mittels Dossieranalysen identifizierten Long-Covid-Fällen kaum Wiederanmeldungen zu finden sind, haben wir uns für diese Variante entschieden.

4.2 Anmeldezeitpunkt und Rolle der Früherfassung

Bei den Long-Covid-Fällen (LC-Sample) kann in Bezug auf den Anmeldezeitpunkt zwischen zwei Gruppen differenziert werden:

- **Laufende IV-Fälle mit Long-Covid:** Beim **LC-1 Sample** fand die **IV-Anmeldung vor der Covid-Infektion** statt. Es handelt sich damit um Fälle, bei welchen Long-Covid erst in einem laufenden IV-Verfahren relevant wurde. Die IV-Anmeldung kann vor oder nach Beginn der Pandemie erfolgt sein.
- **Neue IV-Fälle mit Long-Covid:** Beim **LC-2 Sample** fand die **IV-Anmeldung nach der Covid-Infektion** statt. Die IV-Anmeldung erfolgte entsprechend immer nach Beginn der Pandemie.

Wie aus **Tabelle 7** hervorgeht, lag bei 12% der Zeitpunkt der IV-Anmeldung vor der Covid-Infektion (LC1-Sample: IV-Anmeldung vor Covid-Infektion) und bei einer überwiegenden Mehrheit von 85% danach (LC2-Sample: IV-Anmeldung nach Covid-Infektion). Für 8 Dossiers (2%) fehlen die Angaben zum Zeitpunkt der Covid-Infektion und sie können keinem Subsample zugewiesen werden. Erfolgte die Covid-Infektion während einem laufenden IV-Verfahren (LC1-Sample), geschah dies bei der überwiegenden Mehrheit (76%) mehr als 1 Jahr nach der Anmeldung. Bei 12% erfolgte die Infektion innerhalb der ersten drei Monate nach Anmeldung.

Die Mehrzahl, nämlich 7 von 10 Betroffenen, die sich nach der Covid-Infektion angemeldet haben (LC2-Sample), taten dies in einem Zeitraum von 4-9 Monaten nach der Infektion. Bei einer Minderheit (14%) dauerte es von der Infektion bis zur IV-Anmeldung länger als 1 Jahr. Männer, Personen aus der Deutschschweiz sowie solche mit einem schweren akuten Covid-Verlauf (mit dokumentierter Hospitalisierung) gelangten nach einer Infektion tendenziell etwas rascher zur IV (nicht dargestellt).

Tabelle 7: Anmeldezeitpunkt in Relation zur Covid-Infektion

Sample	Definition	Anzahl	Anteil an LC-Sample	LC1: Dauer von IV-Anmeldung bis Covid-Infektion LC2: Dauer von Covid-Infektion bis IV-Anmeldung				
				1-3 Mt.	4-6 Mt.	7-9 Mt.	10-12 Mt.	Mehr als 1 Jahr
LC1-Sample	Anmeldung vor Covid-Infektion	41	12%	12%	5%	5%	2%	76%
LC2-Sample	Anmeldung nach Covid-Infektion	287	85%	6%	41%	30%	9%	14%

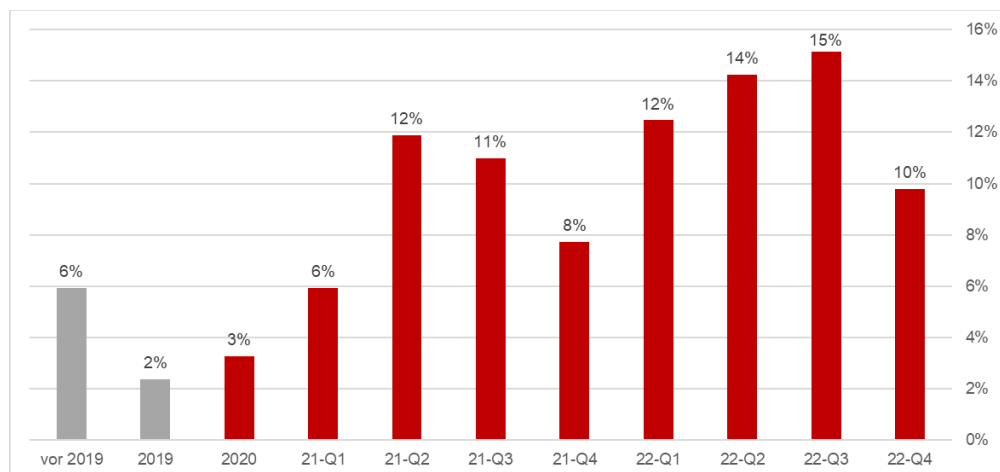
Anmerkung: 8 Personen können aufgrund fehlender Angaben zum Zeitpunkt der Covid-Infektion keinem Subsample zugewiesen werden. Daher entspricht die Summe der Personen aus dem LC1- und LC2-Sample nicht dem Total der Long-Covid-Fälle (LC-Sample). Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

Insgesamt haben sich 8% der identifizierten Long-Covid-Fälle bereits 2019 und früher und 92% nach Beginn der Pandemie, d.h. 2020 und später, bei der IV angemeldet (Abbildung 2). Vergleichsweise

¹³ Bei Neuanmeldungen handelt es sich um Anmeldungen von Personen, die während der fünf Jahre vor der Anmeldung weder Leistungen der IV bezogen noch sich angemeldet haben (d.h. kein Kontakt mit der IV während fünf Jahren).

wenig Long-Covid-Fälle (3%) haben sich im ersten Jahr der Pandemie (2020) angemeldet. Für die beiden folgenden Jahren gab es jeweils etwas mehr Anmeldungen in der Jahresmitte. Insgesamt haben die Anmeldungen zwischen 2020 und 2022 stetig leicht zugenommen.

Abbildung 2: Long-Covid-Fälle nach Zeitpunkt der IV-Anmeldung



Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

Bei 29% der Personen im LC1-Sample und bei 19% der Personen im LC2-Sample ist eine **Früherfassung (FE)** vermerkt. In der Referenzgruppe sind es mit knapp 15% etwas weniger. Mit dem Instrument der Früherfassung sollen Personen, die arbeitsunfähig sind oder denen eine Arbeitsunfähigkeit droht, frühzeitig erfasst werden, um eine Invalidität zu verhindern oder zu mildern. Bei der Früherfassung klärt eine Fachperson der IV ab, ob eine ordentliche IV Anmeldung sinnvoll ist. Dass im Vergleich zur Referenzgruppe mehr Personen über die Meldung zur Früherfassung mit der IV in Kontakt treten, könnte ein Hinweis dafür sein, dass es für die Betroffenen schwierig ist einzuschätzen, ob eine Anmeldung bei der IV angezeigt ist oder nicht.

4.3 Soziodemografische Zusammensetzung

Tabelle 8 beschreibt ausgewählte soziodemografische Merkmale der Long-Covid-Fälle bei der IV und setzt diese in den Vergleich mit allen neuen IV-Anmeldungen im Zeitraum 2021-2022.

■ **Geschlecht:** Frauen machen fast zwei Drittel (64%) der Long-Covid-Fälle bei der IV aus und sind damit im Vergleich zu allen Anmeldungen 2021-2022 mit genau 50% deutlich übervertreten. Beim LC1-Sample (IV-Anmeldung vor Covid-Infektion) ist die Geschlechterverteilung etwas ausgeglichener.

■ **Alter:** Long-Covid-Fälle betreffen im Schnitt etwas ältere Personen im Vergleich zu allen IV-Anmeldungen. Die meisten Long-Covid-Fälle sind zwischen 46-55 Jahre alt (ein Drittel). Nur sehr selten (3%) sind Long-Covid-Fälle 25 Jahre oder jünger. Personen mit einer Anmeldung vor der Covid-Infektion (LC1-Sample), sind etwas älter.

■ **Region:** Rund drei Viertel (74%) der Long-Covid-Fälle sind bei einer IVST in der Deutschschweiz gemeldet. Damit ist der Anteil der Long-Covid-Fälle an allen Anmeldungen in der Deutschschweiz 5 Prozentpunkte höher als in der Lateinischen Schweiz. Zwischen den beiden LC-Samples (Anmeldung vor bzw. nach Covid-Infektion) gibt es nur geringfügige Differenzen.

Tabelle 8: Soziodemografische Merkmale der Long-Covid-Fälle im Vergleich

Merkmale	Long-Covid-Fälle			Total IV-Anmeldungen 2021 und 2022
	Total	LC1-Sample Anmeldung vor Covid	LC2-Sample Anmeldung nach Covid	
Anzahl Fälle (n)	336	41	287	104'886
Geschlecht	100%	100%	100%	100%
Frauen	64%	58%	64%	50%
Männer	36%	42%	36%	50%
Alter*	100%	100%	100%	100%
bis 25 Jahre	3%	–	4%	8%
26-35 Jahre	15%	6%	15%	17%
36-45 Jahre	23%	22%	23%	21%
46-55 Jahre	33%	41%	33%	29%
56-65 Jahre	26%	31%	25%	24%
Region	100%	100%	100%	100%
Deutschschweiz	74%	71%	75%	69%
Lateinische Schweiz	26%	29%	25%	31%

Anmerkungen: Anmerkung: 8 Personen können aufgrund fehlender Angaben zum Zeitpunkt der Covid-Infektion keinem Sub-sample zugewiesen werden. Daher entspricht die Summe der Personen aus dem LC1- und LC2-Sample nicht dem Total der Long-Covid-Fälle (LC-Sample). * Bei den Personen im Monitoring wird das Alter im Erfassungsjahr ins Monitoring ausgewiesen, bei den Personen, die nicht im Monitoring sind, das Alter im Anmeldejahr.

Quellen: LC-Sample IV-Dossiers, Registerdaten IV. Berechnungen BASS.

4.4 Erwerbssituation und Arbeits(un)fähigkeit zum Zeitpunkt der Anmeldung

Eine grosse Mehrheit (87%) der Long-Covid-Fälle hatte zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung eine Arbeitsstelle (**Tabelle 9**). Die **entsprechende Quote** von Personen mit einer Arbeitsstelle war im LC1-Sample (laufende Fälle, Anmeldung vor Covid-Infektion) niedriger als im LC2-Sample («neue » Fälle, Anmeldung nach Covid-Infektion; 76% gegenüber 89%).

Tabelle 9: Erwerbssituation zum Zeitpunkt der Anmeldung

	Total		LC1-Sample (Anmeldung vor Covid)		LC2-Sample (Anmeldung nach Covid)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Personen mit Arbeitsstelle	292	87%	31	76%	254	89%
Arbeitslos / Erwerbslos	35	10%	9	22%	26	9%
Anderes*	9	3%	1	2%	6	2%
Total	336	100%	41	100%	286	100%

Anmerkungen: *Anderes = Hausfrau/Hausmann, in Ausbildung und Anderes. 8 Personen können aufgrund fehlender Angaben zum Zeitpunkt der Covid-Infektion keinem Subsample zugewiesen werden. Daher entspricht die Summe aus dem LC1- und LC2-Sample nicht dem Total der Long-Covid-Fälle (LC-Sample). Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

In **Tabelle 10** ist die **Arbeitsunfähigkeit (AUF)** zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung dargestellt.¹⁴ Gut 9 von 10 Personen (91%) waren voll arbeitsunfähig als sie zur IV gelangten (d.h. die AUF betrug 100%). Lediglich einzelne Personen (2%) waren weniger als 50% arbeitsunfähig. In Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit gibt es kaum Unterschiede zwischen Personen, die sich vor bzw. nach der Covid-Infektion bei der IV angemeldet haben.

¹⁴ Nach Möglichkeit wurde die AUF ab dem Zeitpunkt der Anmeldung dokumentiert. Im konkreten Fall kann die hier ausgewiesene AUF jedoch die Situation vor bzw. nach der Anmeldung wiedergeben. Insbesondere für Personen, die bereits vor der Covid-Infektion bei der IV waren, bezieht sich die AUF häufig auf den Zeitpunkt nach der Anmeldung bzw. ab Auftreten von Long-Covid-Beschwerden (vgl. auch Kap. 2.2.2).

Tabelle 10: Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Anmeldung

	Total		LC1-Sample (Anmeldung vor Covid)		LC2-Sample (Anmeldung nach Covid)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
100% AUF	300	91%	35	90%	257	91%
50-99% AUF	23	7%	3	8%	20	7%
weniger als 50% AUF	5	2%	1	3%	4	1%
Total	328	100%	39	100%	281	100%

Anmerkungen: Für 8 Personen liegt keine Information zur AUF in % vor. Weitere 8 Personen können aufgrund fehlender Angaben zum Zeitpunkt der Covid-Infektion keinem Subsample zugewiesen werden. Daher entspricht die Summe aus dem LC1- und LC2-Sample nicht dem Total der Long-Covid-Fälle (LC-Sample). Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

4.5 Medizinische Situation

Nachfolgend wird die medizinische Situation der Long-Covid-Fälle in der IV (LC-Sample) beschrieben. Die Informationen zu den gesundheitlichen Beschwerden (Symptome) stammen aus den medizinischen Berichten, die Angaben zum Zeitpunkt und Verlauf der Covid-Infektion wurde mittels Stichwortsuche im gesamten IV-Dossier zusammengetragen (vgl. auch Kap. 2.2).

4.5.1 Long-Covid-Symptome

Die erfassten Symptome wurden in drei Symptomcluster zusammengefasst, welche auch in der Forschungsliteratur zu Long-Covid regelmässig benutzt werden (z.B. Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, 2022). Bei 85% der identifizierten Long-Covid-Fälle sind die Symptome Fatigue/Belastungsintoleranz dokumentiert. Fatigue/Belastungsintoleranz sind damit die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (**Tabelle 11**). Mehr als die Hälfte (59%) der Long-Covid-Fälle bei der IV leiden an neuro-kognitiven Störungen, 40% haben Probleme mit dem Herz, Kreislauf und/oder der Atmung. Bei weiteren 19% gibt es medizinisch dokumentierte Symptome, die keinem der drei Cluster zugeordnet werden können (z.B. Polyneuropathie, Nervenschädigung mit Lähmung, Gelenk-/Muskelschmerzen, Niereninsuffizienz, Schwindel). Die Verbreitung der Long-Covid-Symptome ist in beiden Subsamples insgesamt sehr ähnlich.

Tabelle 11: Medizinisch dokumentierte Long-Covid-Symptome (Mehrfachnennungen möglich)

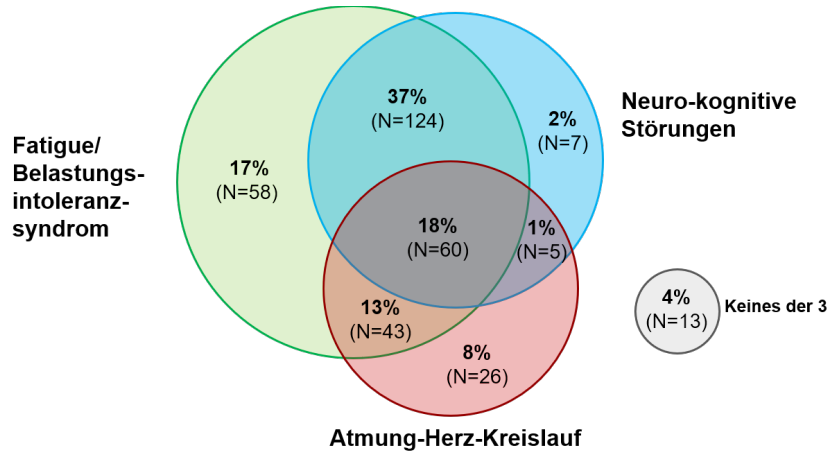
Symptomcluster	Total LC-Sample		LC1-Sample Anm. vor Covid		LC2-Sample Anm. nach Covid	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Anzahl Fälle Total (gewichtet)	336		41		287	
Fatigue/Belastungsintoleranz (z.B. chronisches Erschöpfungssyndrom, Post-exertional Malaise (PEM), «Crash»)	287	85%	35	85%	244	85%
Neuro-kognitive Störungen (z.B. Konzentrationsstörungen, Gedächtnis, Schlafprobleme, Brain-Fog)	197	59%	24	59%	166	58%
Atmung-Herz-Kreislauf (z.B. Atembeschwerden, Herzflattern, Brustschmerzen, Atemnot, Kurzatmigkeit, Dyspnoe)	133	40%	15	37%	116	40%
Anderes (inkl. kein spez. Symptom, n=6)	63	19%	4	10%	56	19%

Anmerkung: 8 Personen können aufgrund fehlender Angaben zum Zeitpunkt der Covid-Infektion keinem Subsample zugewiesen werden. Daher entspricht die Summe aus dem LC1- und LC2-Sample nicht dem Total der Long-Covid-Fälle (LC-Sample). Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

Abbildung 3 zeigt, dass über zwei Drittel (69%) der Long-Covid-Fälle Symptome aus mindestens zwei der berücksichtigten Symptom-Cluster aufweisen. Am häufigsten (37%) ist die Kombination von Fatigue/Belastungsintoleranz mit neuro-kognitiven Störungen. Für 18% sind Beschwerden aus allen drei Symptomclustern dokumentiert. 17% leiden «nur» an Symptomen aus dem Cluster

Fatigue/Belastungsintoleranz. Nur 4% leiden an keinem Symptom aus den drei berücksichtigten Symptomclustern, sondern an anderen Beschwerden. Dies zeigt, dass diese drei Symptomcluster die Beschwerden der meisten Long-Covid-Fälle gut abdecken.

Abbildung 3: Anzahl und Kombination der medizinisch dokumentierten Long-Covid-Symptome



Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

4.5.2 Komorbiditäten

Tabelle 12 zeigt, wie häufig welche Komorbiditäten bei den Long-Covid-Fällen vorliegen. Die Abgrenzung von Symptomen einer Long-Covid-Erkrankung und anderen chronischen Erkrankungen ist jedoch nicht immer ganz eindeutig. Wie in Abschnitt 2.2.2 erwähnt, haben wir uns bei der Kodierung an den im Erhebungsbogen für Post-Covid Assessment (EPOCA) abgefragten Vorerkrankungen orientiert.

Bei insgesamt zwei Drittel (66%) war in den medizinischen Berichten mindestens eine Komorbidität, beim übrigen Drittel (34%) der Long-Covid-Fälle waren keine weiteren Erkrankungen neben Long-Covid dokumentiert.¹⁵ Personen aus dem LC1-Sample haben grundsätzlich mindestens eine Komorbidität, weil die IV-Anmeldung vor der Covid-Infektion erfolgte und Long-Covid damit nicht die alleinige gesundheitliche Beeinträchtigung sein kann. Bei Personen, die sich nach der Covid-Infektion bei der IV gemeldet haben (LC2-Sample), beträgt der Anteil mit Komorbiditäten 63%. Männer und ältere Personen weisen etwas häufiger Komorbiditäten auf als Frauen und jüngere Personen (nicht dargestellt).

Am häufigsten (32%) wurden psychische Erkrankungen als Komorbiditäten dokumentiert und knapp jede fünfte Person (19%) hatte neben Long-Covid-Beschwerden muskuloskelettale Probleme. Muskuloskelettale Komorbiditäten sind allerdings bei Personen mit IV-Anmeldung vor der Covid-Infektion (LC1-Sample) deutlich verbreiteter (32%). Ebenfalls ist diese Gruppe häufiger von «Anderen» Beschwerden betroffen, die keiner der 7 häufigsten Komorbiditäts-Kategorien zugehören. Ansonsten gibt es bezüglich der Art der Komorbiditäten nur geringfügige Differenzen zwischen den beiden Subsamples.

¹⁵ Hier ist festzustellen, dass je älter die Erfassung (d.h. je früher die IV-Anmeldung), desto häufiger sind (bereits) Komorbiditäten dokumentiert.

Tabelle 12: Medizinisch dokumentierte Komorbiditäten (Mehrfachnennungen möglich)

Krankheits-Kategorie	LC-Sample	LC1-Sample Anm. vor Covid	LC2-Sample Anm. nach Covid
Total Anteil mit dokumentierten Komorbiditäten	66%	100%	63%
Psychische/Psychiatrische Beeinträchtigung	32%	32%	32%
Muskuloskelettale Probleme	19%	32%	17%
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	8%	5%	9%
Diabetes und Nierenerkrankungen	8%	7%	8%
Übergewicht	7%	12%	7%
Asthma	5%	5%	5%
Krebs (Neoplasie, Neoplasma)	4%	7%	4%
Anderes*	25%	34%	24%

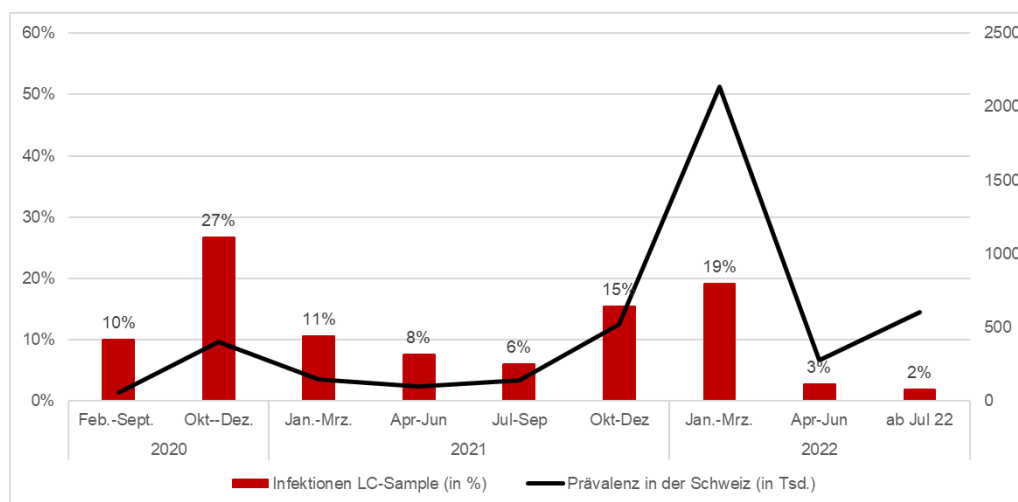
Anmerkungen: * Die Kategorie Anderes umfasst (diverse) neurologische Erkrankungen, Chronische Leberkrankheit (Hepatitis, Leberzirrhose, Steatose) und Immunschwäche/-Defizienz.

Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS Zeitpunkt und Verlauf der Covid-Infektion

4.5.3 Zeitpunkt und Verlauf der Covid-Infektion

Abbildung 4 zeigt, zu welchem Zeitpunkt der Pandemie die Covid-Infektion bei den Personen aus dem LC-Sample erfolgte. Häufig vertreten sind Personen, die sich im letzten Quartal 2020 und in der Periode Oktober 2021 bis März 2022 mit Covid infiziert haben. Die Verteilung folgt damit im Wesentlichen den Infektionszahlen in der Gesamtbevölkerung mit der ersten starken Häufung während der «2. Welle» im Herbst 2020 und der Welle im Winter 2021/22 mit den Sars-CoV-2-Varianten Delta und Omikron. Im Verhältnis zu den Infektionszahlen sind Personen, die sich in den ersten beiden Pandemiewellen im Frühling und Herbst 2020 mit Covid angesteckt haben, im Long-Covid-Sample deutlich übervertreten. Dies ist im Einklang mit Befunden aus der Literatur, welche ein höheres Risiko für Long-Covid nach einer Covid-Infektion in der frühen Phase der Pandemie finden (Antonelli et al., 2022b; Peter et al., 2022). Allerdings ist unklar, inwiefern dies auf die Virus-Varianten selbst oder auf die zunehmende Immunität der Bevölkerung durch frühere Infektionen und Impfungen zurückzuführen ist.

Abbildung 4: Zeitpunkt Covid-Infektion und Infektionszahlen in der Schweiz

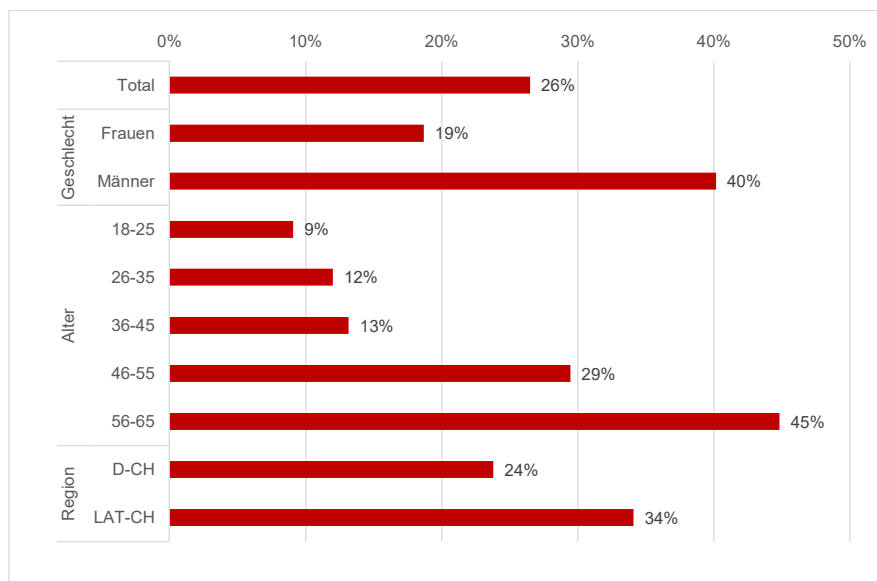


Quelle: LC-Sample IV-Dossiers, Covid-Zahlen Gesamtbevölkerung (Dashboard Covid-19¹⁶). Darstellung und Berechnungen BASS

¹⁶ Das Dashboard Covid-19 wurde vom BAG bis am 28. November 2023 wöchentlich aktualisiert. Die Daten wurden auf der folgenden Webseite heruntergeladen: https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/case?geo-View=table&epiRelDev=abs&epiZoomDev=2020-03-08_2023-11-26&geo=CH (zuletzt aufgerufen am 9.4.2024).

Bei knapp drei Viertel (74%) der identifizierten Long-Covid-Fälle ging der Long-Covid-Erkrankung kein schwerer akuter Covid-Verlauf voraus. Nur bei gut einem Viertel (26%) der Long-Covid-Fälle erfolgte im Zusammenhang mit der Covid-Infektion eine Hospitalisierung (**Abbildung 5**). Die Hospitalisierungsquote liegt bei einzelnen Personengruppen deutlich über dem Durchschnittswert. Männer wurden doppelt so häufig wie Frauen hospitalisiert und die Hospitalisierungsquote steigt deutlich mit dem Alter. Eine überdurchschnittliche Hospitalisierungsquote kann ebenfalls für die lateinische Schweiz (Romandie und Tessin) beobachtet werden, welche in der Frühphase der Pandemie höhere Infektionszahlen verzeichneten. Diese Unterschiede zeigen sich auch in der Gesamtbevölkerung – das Risiko einer schweren akuten Covid-Erkrankung war bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Auch die Hospitalisierungsrate aufgrund einer Covid-19-Diagnose war bei Männern mit 56% deutlich höher als bei Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko von schweren Komplikationen ebenfalls.

Abbildung 5: Hospitalisierungsquoten infolge Covid-Infektion



Quelle: LC-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

4.6 Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse

Per Ende 2023 waren rund 2'900 Long-Covid-Betroffene bei der IV angemeldet, davon waren ca. 2'500 neue Fälle, d.h. Neuansmeldungen mit Long-Covid. Die Einträge von Long-Covid-Betroffenen im Monitoring der IV-Stellen haben von Anfang 2021 bis Ende 2022 zugenommen und sind seither wieder rückläufig. Anteilsmässig machen Long-Covid-Fälle bei der IV eine kleine Minderheit aus (1.8% der Neuansmeldungen von 2021-2023). Offen bleibt, inwiefern künftig vermehrt Personen mit Long-Covid typischen Symptomen zur IV gelangen (z.B. ME/CFS – Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches-Fatigue-Syndrom), die aber nicht mit einer Covid-Infektion in Verbindung gebracht werden.

Nur selten wird Long-Covid in einem bereits laufenden IV-Verfahren relevant. Bei der grossen Mehrheit der Long-Covid-Fälle handelt es sich um Personen, die sich aufgrund der Long-Covid-Erkrankung bei der IV angemeldet haben. Die Anmeldung erfolgte in der Mehrzahl der Fälle 4 bis 12 Monate nach der Covid-Infektion, bei einem kleineren Teil aber auch mehr als ein Jahr danach. Knapp jede fünfte von Long-Covid betroffene Person kommt dabei über eine Früherfassung zur IV. Damit ist

die Früherfassung bei Long-Covid-Betroffenen etwas weiterverbreitet wie bei den übrigen IV-Anmeldungen.

Die Krankheitssymptome von Long-Covid-Betroffenen sind sehr vielfältig. Bei den Long-Covid-Fällen der IV zeigt sich jedoch klar eine grosse Bedeutung des Symptomclusters Fatigue/Belastungsintoleranz, dem sich 85% der Fälle zuordnen lassen und von neuro-kognitiven Störungen mit rund 60%. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Long-Covid-Betroffenen, die sich bei der IV anmelden an besonders schweren Symptomen mit grossen Auswirkungen auf die Funktionalität leiden. Dies spiegelt sich auch in der Arbeitsunfähigkeit zum Anmeldezeitpunkt wider: diese beträgt für 9 von 10 Fällen 100%.

Frauen haben zwar ein geringeres Risiko für eine schwere akute Covid-Erkrankung als Männer, sie erkranken aber gemäss bisherigen Erkenntnissen häufiger an Long-Covid. Dieses Muster zeigt sich auch bei den Long-Covid-Fällen der IV: Frauen machen fast zwei Drittel (64%) der Long-Covid-Fälle bei der IV aus und sind damit deutlich übervertreten. In den Daten zeigt sich ebenfalls, dass nur ein Viertel der identifizierten Long-Covid Fälle infolge einer Covid-Infektion hospitalisiert wurde und entsprechend einen schweren akuten Covid-Verlauf aufwies.

Long-Covid trifft, das zeigt auch die Forschung, Junge wie Alte, Gesunde und chronisch Kranke. Ein Drittel der Long-Covid-Fälle bei der IV weist keinerlei weitere gesundheitliche Beeinträchtigung neben Long-Covid auf und war vor der Long-Covid-Erkrankung völlig gesund. Klare Aussagen dazu, inwiefern gewisse chronische Erkrankungen einen Risikofaktor für Long-Covid darstellen, lässt die Literatur Stand heute nicht zu. Mit 66% liegt der Anteil der Personen mit einer chronischen Erkrankung (zusätzlich zu Long-Covid, eine sog. Komorbidität) bei den identifizierten Long-Covid-Fällen etwas höher als in der Allgemeinbevölkerung. Die Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) von 2022 zeigt für die 25-44-Jährigen einen Anteil von rund 25%, bei den 45-54-Jährigen von 44%, und für die 55-64-jährigen einen Anteil von 50%, die an einer chronischen Erkrankung leiden.¹⁷ Ebenfalls gemäss der SGB sind etwas über 20% der Bevölkerung zwischen 25 und 64 durch psychische Probleme beeinträchtigt, rund 10% weisen mittelschwere bis schwere Depressionssymptome auf.¹⁸ Der Vergleich zwischen SGB-Daten und den Dossier-Analysen der Long-Covid-Fälle der IV ist nur beschränkt möglich, da es sich bei der SGB um Werte basierend auf einer Befragung und bei den Dossier-Analysen um Werte basierend auf einer ausführlichen ärztlichen Anamnese und Diagnose handelt.

Die Abgrenzung von Symptomen einer Long-Covid-Erkrankung und anderen chronischen Erkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen ist zudem nicht immer ganz klar. Auch kognitive und psychische Auswirkungen einer Long-Covid-Erkrankung wie Schlaf-, oder Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressivität können oft nicht klar von «vorbestehenden» psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Möglicherweise wird deshalb die Rate an Komorbiditäten bei Long-Covid-Betroffenen eher überschätzt. Dass Komorbiditäten zunehmen, je länger eine Person bereits bei der IV ist, deutet darauf hin, dass es sich bei einem Teil der Komorbiditäten nicht um Vorerkrankungen handelt, die bereits vor der Long-Covid-Erkrankung bestanden, sondern eher um Begleiterscheinungen oder Folgen der Long-Covid-Erkrankung.

¹⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten.html>

¹⁸ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>

5 Massnahmen und Renten

Für Personen im LC2-Sample (IV-Anmeldung nach Covid-Infektion) werden im Folgenden die Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen und Hilfsmittel (Kap. 5.1) sowie die Renten (Kap. 5.2) analysiert. Um eine Einordnung vornehmen zu können, werden sie jeweils mit den Massnahmenzusprachen mit einer dafür gebildeten Referenzgruppe verglichen. In der Referenzgruppe («RG») sind Neuansmeldungen aus der Periode 2021 und 2022 ohne Long-Covid, die in der Zusammensetzung bzgl. Altersgruppen, Geschlecht, Region und Anmeldezeitpunkt (nahezu) identisch mit dem LC2-Sample (vgl. auch Kap. 2.3) ist.

5.1 Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie Hilfsmittel

Für die Analyse der Massnahmenzusprachen wird unterschieden zwischen Massnahmen, die verfügt und schon verrechnet wurden und solchen, die verfügt wurden, aber wo (noch) keine Verrechnung erfolgt ist. Wenn eine Massnahme verfügt und verrechnet wurde, steht fest, dass die Massnahme tatsächlich begonnen hat oder schon durchgeführt wurde. Zudem sind bei diesen Massnahmen die angefallenen Kosten bekannt. Die verfügten und verrechneten Massnahmen sind aus diesen Gründen belastbarer als die verfügten Massnahmen, die (noch) nicht verrechnet wurden. Weitere Erläuterungen mit zusätzlichen Informationen zu den verrechneten und (noch) nicht verrechneten Massnahmen sind im untenstehenden Textkasten zu finden.

Im Fokus der Analysen dieser Untersuchung stehen Abklärungsmassnahmen (AM) beruflicher oder medizinischer Art wie auch alle unterstützende Massnahmen zur Eingliederung, die wir als Eingliederungsmassnahmen bezeichnen. Dazu zählen wir die Frühinterventionsmassnahmen (FI), Integrationsmassnahmen (IM) und Berufliche Massnahmen (BM) wie auch die Zusage von Hilfsmitteln (HI), die im Kontext von Long-Covid-Fällen und der kurzen Beobachtungszeit jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielen. Eine detaillierte Übersicht über die betrachteten Massnahmen findet sich in Kapitel 2.3.

Wichtig zu wissen: Verrechnete und nicht verrechnete Massnahmen

Dass Massnahmen verfügt sind, bei denen (noch) keine Rechnung hinterlegt ist, kann verschiedene Gründe haben. So ist es bei gewissen Massnahmen wie z.B. der Berufsberatung oder der Arbeitsvermittlung möglich, dass diese intern von der IV-Stelle erbracht werden und deshalb keine (externen) Kosten generiert und verrechnet werden. Bei Massnahmen, die immer IV-Stellen-extern zu erbringen sind, bspw. den Integrationsmassnahmen oder den Umschulungsmassnahmen ist es möglich, dass die Massnahme begonnen, aber die Leistung vom Leistungserbringer noch nicht in Rechnung gestellt wurde. Auch kann es vorkommen, dass eine Massnahme verfügt, aber infolge Verschlechterung der gesundheitlichen Situation nicht angetreten wurde oder noch nicht begonnen hat, weil Wartezeiten für die Massnahme bestehen.

Wie oft welcher Grund zutrifft, kann basierend auf den vorliegenden Informationen nicht ermittelt werden, aufgrund der Art der Leistungserbringung können wir aber Folgendes festhalten:

Bei den (noch) nicht verrechneten Massnahmen (z.B. Berufsberatung oder Arbeitsplatzerhalt) ist es möglich, dass es sich zumindest bei einem Teil davon um intern erbrachte Massnahmen handelt. Weil beruflich-medizinische Abklärungsmassnahmen, Integrationsmassnahmen, erstmalige berufliche Ausbildungen und Umschulungen immer extern erbracht werden, dürfte es sich bei diesen um noch nicht verrechnete Abklärungsmassnahmen handeln oder um Massnahmen, die nicht oder noch nicht angetreten wurden. In anderen Studien (Guggisberg et al. 2015) zeigte sich, dass die Registereintragungen zu verfügten Eingliederungsmassnahmen ohne Rechnung aus den oben

genannten Gründen weniger belastbar sind als Massnahmen, welche mit einer Rechnung hinterlegt sind.

Tabelle 13 zeigt auf, für wie viele Personen im LC2-Sample innerhalb von 12 Monaten nach Anmeldung mindestens eine Massnahme aus den Bereichen Abklärung, Frühintervention oder Eingliederung verfügt wurde, je Art der Massnahme. Dies ist für über die Hälfte aller Personen im LC2-Sample der Fall (54.2%). Das sind mehr als in der Referenzgruppe (44.5%). Auch der Anteil an verrechneten Massnahmen ist für die Gruppe der Long-Covid-Betroffenen mit 28.5% gegenüber 26.7% leicht höher.

Auffallend ist der Unterschied zwischen dem LC2-Sample und der Referenzgruppe insbesondere bei den beruflichen und medizinischen Abklärungsmassnahmen [AM]: Für rund 10% der Long-Covid-Betroffenen wird innerhalb von 12 Monaten eine Abklärungsmassnahme verfügt, in der Referenzgruppe sind es rund 4%. Dies dürfte den erhöhten Abklärungsbedarf und die Komplexität der gesundheitlichen Situation bei Long-Covid-Betroffenen widerspiegeln.

Aus dem Bereich Eingliederung haben 47.2% Long-Covid Betroffene aus dem LC2-Sample eine Massnahme zugesprochen erhalten, gegenüber 41.6% in der Referenzgruppe. Am häufigsten in beiden Gruppen wurden Frühinterventionsmassnahmen (LC2-Sample: 39.6%, RG: 31.5%) verfügt. Bei jeweils ungefähr der Hälfte der Personen handelt es sich dabei um verfügte und verrechnete Leistungen. Berufliche Massnahmen (BM) werden am zweithäufigsten zugesprochen (LC2-Sample: 12.4%, RG: 9.7%). Dazu gehören Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung & Umschulung (Tertiärausbildungen, weiterführende Schulen, berufliche Grundbildungen, praktische und übrige Ausbildungen), berufsorientierte Weiterbildung, Arbeitsvermittlung und andere Massnahmen. Auch Integrationsmassnahmen für Long-Covid-Betroffene werden häufiger als für die Referenzgruppe mit Personen ohne Long-Covid-Beschwerden (LC2-Sample: 9.4%, RG: 5.7%) zugesprochen.

Umgekehrt erhalten Personen der Referenzgruppe etwas häufiger Hilfsmittel – diese spielen im LC2-Sample praktisch keine Rolle, auch hier ein Hinweis auf die Unterschiede in der gesundheitlichen Situation.

Tabelle 13: Anteil Personen mit verfügbaren Massnahmen aus den Bereichen Frühintervention, Abklärung und Eingliederung innerhalb von 12 Monaten nach Anmeldung, am Total der Personen pro Gruppe (Mehrfachbezug möglich)

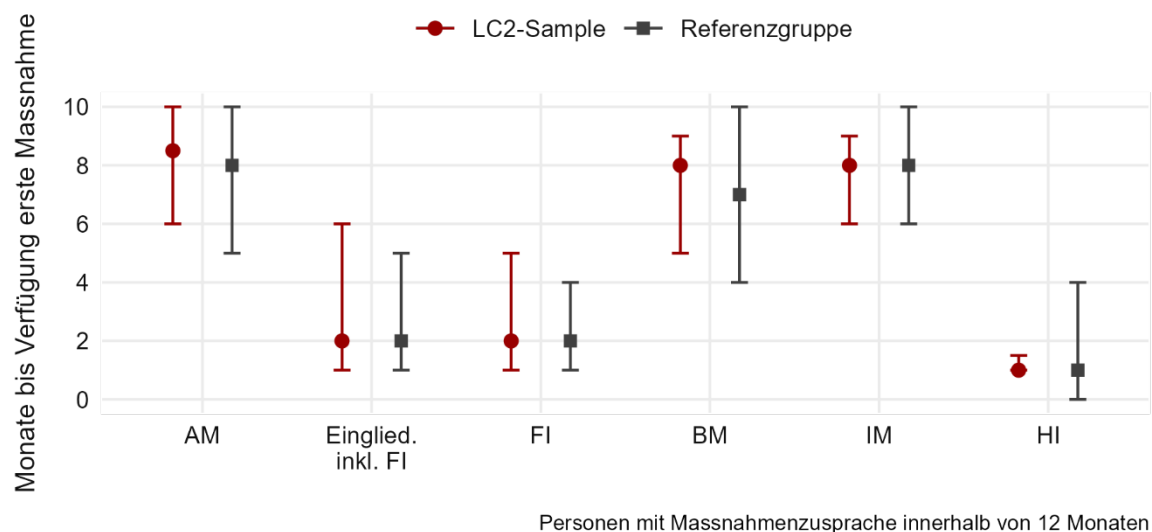
Leistung	*	LC2-Sample Anmeldung nach Covid	Referenzgruppe
Berufliche und medizinische Abklärungsmassnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	10.2%	4.2%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	4.3%	2.9%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	6.6%	2.0%
Eingliederungsmassnahmen inkl. FI	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	47.1%	41.6%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	25.2%	24.3%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	38.9%	29.8%
Frühinterventions- massnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	39.6%	31.5%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	19.8%	15.4%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	29.5%	23.1%
Integrationsmassnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	9.4%	5.7%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	4.6%	4.4%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	5.8%	1.8%
Berufliche Massnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	12.4%	9.7%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	2.3%	3.7%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	10.4%	7.5%
Hilfsmittel	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	1.1%	5.0%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	1.1%	4.6%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	0.0%	0.6%
Insgesamt: Personen mit verfügbaren Massnahmen innerhalb von 12 Monaten	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	54.2%	44.5%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	28.5%	26.7%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	43.8%	31.4%

Anmerkung: *Die Anteile pro Massnahme sind nicht ausschliesslich, eine Person kann mehrere Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen. Der Wert für Anteil Personen mit Leistungen insgesamt ist entsprechend tiefer als die Summe der Anteile mit den jeweiligen Massnahmenarten. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Ein genauerer Blick zur Kombination von Massnahmen zeigt ein noch etwas detaillierteres Bild (nicht dargestellt in Tabelle): Von allen Personen mit Zusprachen von Massnahmen zur Eingliederung (47.1% im LC2, 41.6% in der Referenzgruppe) haben im LC2-Sample über die Hälfte ausschliesslich nur Massnahmen aus dem Bereich der FI erhalten (56.2%), knapp 20% haben zusätzlich zu Massnahmen der FI mindestens eine andere Eingliederungsmassnahmen aus den Bereichen IM und BM erhalten und rund 25% haben berufliche Eingliederungsmassnahmen ohne vorangehende FI-Massnahmen bekommen. In der Referenzgruppe ist der Anteil bei letzterer Gruppe deutlich höher (32.4%), hingegen kommt die Kombination von FI plus weitere Eingliederungsmassnahmen seltener vor (13.0%). Der Anteil Personen mit nur FI ist vergleichbar (54.6%).

Abbildung 6 zeigt die **Dauer bis zur ersten Zusage einer Massnahme, d.h. bis zur Verfügung der Leistung**. Dabei sind diejenigen Personen dargestellt, die innerhalb von 12 Monaten eine Massnahme zugesprochen erhalten haben – also die Anteile wie in Tabelle 13 unter «Total Personen mit verfügbaren Leistungen» aufgeführt. Zwischen den einzelnen Massnahmen sind im Median deutliche Unterschiede sichtbar, weniger so beim Vergleich zwischen den Long-Covid-Fällen (LC2-Sample) und der Referenzgruppe. Die Zusage von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen erfolgt bei von Long-Covid-Betroffenen also im Mittel ähnlich schnell wie in der Referenzgruppe.

Abbildung 6: Dauer von der Anmeldung bis zur Zusprache der 1. Massnahme, je Leistungsart, Personen mit jeweiliger Massnahmenzusprache innerhalb von 12 Monaten (verfügte Massnahmen)

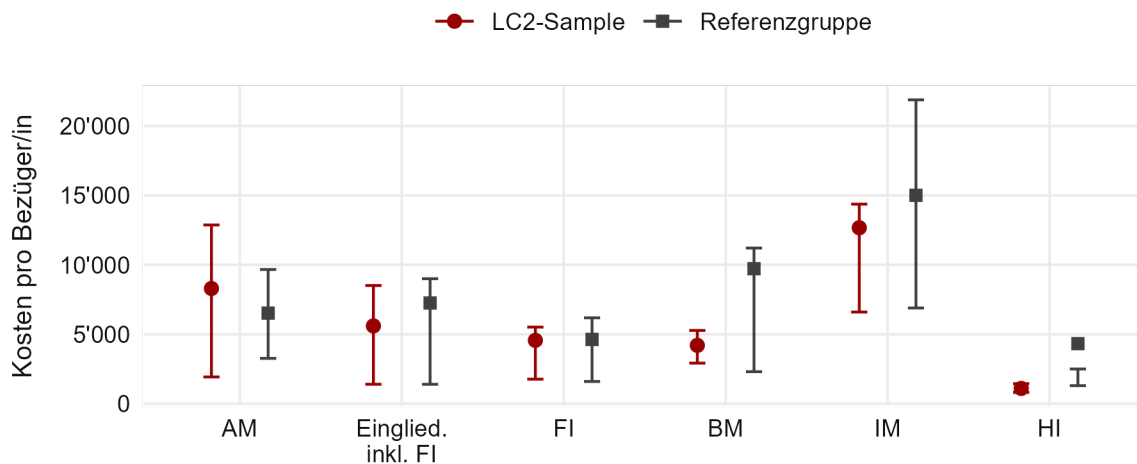


Anmerkung: Der Punkt stellt den Median dar, das untere Ende das 25. Perzentil der Verteilung und das obere Ende das 75. Perzentil der Verteilung. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Die Streuung ist im LC2-Sample über alle Massnahmen hinweg betrachtet etwas grösser als in der Referenzgruppe – dieser Unterschied ist aufgrund der geringen Anzahl von Beobachtungen im LC2-Sample allerdings zurückhaltend zu interpretieren. Die Tabellen mit den Zahlen zu den Abbildungen sind im Tabellenanhang in Kapitel 10 zu finden.

Abbildung 7 zeigt die durchschnittlichen **Kosten pro Bezügerin oder Bezüger** einer bestimmten Massnahme bzw. Massnahmengruppe auf. Personen, die innerhalb von 12 Monaten ab ihrer Anmeldung Frühinterventionsmassnahmen zugesprochen erhalten hatten, weisen durchschnittliche Kosten für FI in der Höhe von rund 5'000 CHF auf. Dieser Wert ist für Personen im LC2-Sample und Personen der Referenzgruppe vergleichbar. Bei den Kosten für die anderen Massnahmen gibt es grössere Unterschiede: Die durchschnittlichen Kosten für Abklärungsmassnahmen sind bei Long-Covid-Fällen höher und die Streuung der Kosten ist etwas grösser als in der Referenzgruppe. Für Berufliche Massnahmen, Integrationsmassnahmen und Hilfsmittel sind hingegen die Kosten in der Referenzgruppe höher und auch die Streuung ist in der Referenzgruppe grösser.

Abbildung 7: Durchschnittliche Kosten pro Bezüger/in, sowie 25. und 75. Perzentil, Personen mit jeweiliger Massnahmenzusprache innerhalb von 12 Monaten



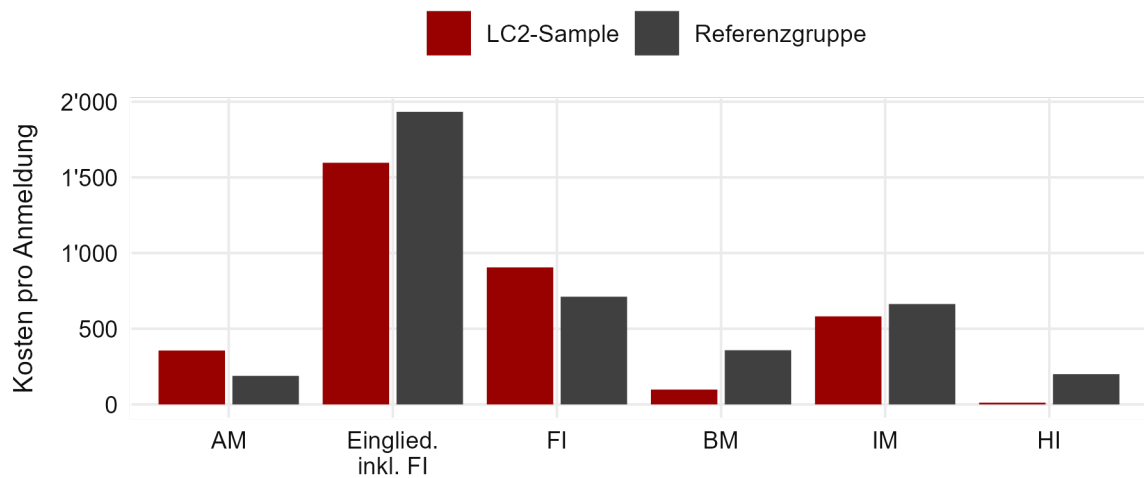
Personen mit Massnahmenzusprache innerhalb von 12 Monaten, verfügte und verrechnete Massnahmen

Anmerkung: Der Punkt stellt den Durchschnitt dar, das untere Ende das 25. Perzentil der Verteilung und das obere Ende das 75. Perzentil der Verteilung. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Über alle Eingliederungsmassnahmen (inkl. FI) hinweg sind die Kosten pro Leistungsbezüger/in im LC2-Sample etwas tiefer, aber grundsätzlich mit jenen der Referenzgruppe vergleichbar.

Betrachtet man die durchschnittlichen **Kosten** der innerhalb von 12 Monaten zugesprochenen Massnahmen **pro Anmeldung (Abbildung 8)**, weist das LC2-Sample wiederum vergleichbare Kosten auf. Etwas höher sind die Kosten pro Anmeldung bei Long-Covid-Fällen für FI und AM. Bei FI ist das hauptsächlich durch den höheren Anteil der Personen mit FI im LC2-Sample erklärbar (vgl. Tabelle 13), die Kosten pro Bezüger/in sind praktisch gleich wie in der Referenzgruppe (vgl. Abbildung 7). Hinsichtlich Abklärungsmassnahmen ist sowohl der Anteil der Personen mit Massnahme im LC2-Sample höher, als auch die durchschnittlichen Kosten pro Leistungsbezüger/in.

Abbildung 8: Durchschnittliche Kosten pro Anmeldung



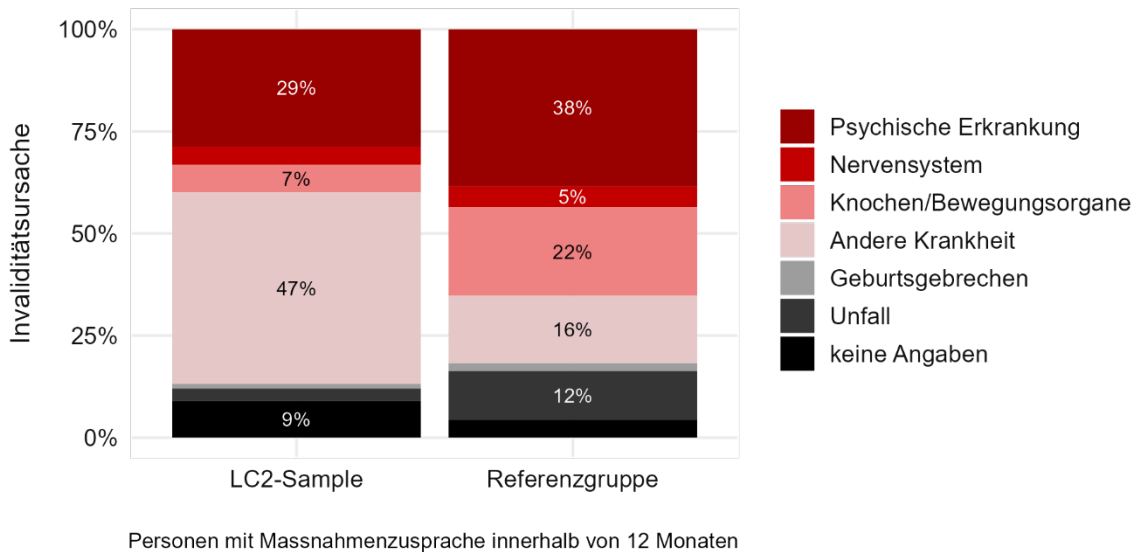
Kosten für innerhalb von 12 Monaten zugesprochene Massnahmen, verfügte und verrechnete Massnahmen

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Insgesamt gesehen scheint die Zusprache von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen in Bezug auf Anzahl, Dauer und Kosten bei Long-Covid-Betroffenen sehr ähnlich zu erfolgen wie bei Personen in der Referenzgruppe. Die Unterschiede zeigen sich hauptsächlich bei der Art der zugesprochenen Massnahmen, was auf die spezifische unterschiedliche gesundheitlichen Situation zurückzuführen sein dürfte.

Dieser unterschiedlichen gesundheitlichen Situation entsprechend, unterscheidet sich auch die erfasste **Invaliditätsursache** deutlich zwischen den Gruppen (**Abbildung 9**). Informationen zur Invaliditätsursache sind nur für Personen vorhanden, für die eine Massnahme verfügt wurde. Dargestellt sind die Ursachen für Personen mit einer Zusprache innerhalb von 12 Monaten. Das Bild ändert sich jedoch nicht, wenn auch Personen miteinbezogen werden, die erst nach 12 Monaten eine Leistung zugesprochen erhalten haben (vgl. Abbildung 22 im Anhang).

Abbildung 9: Erfasste Invaliditätsursache bei Personen mit Massnahmenzusprache innerhalb von 12 Monaten



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

In der Referenzgruppe sind Personen, für die eine psychische Erkrankungen erfasst wurde, mit 38% am häufigsten, gefolgt von Erkrankungen der Knochen/Bewegungsorgane mit 22%. Zweitere werden im LC2-Sample bloss in 7% der Fälle erfasst. Mit Abstand am häufigsten wird eine «Andere Krankheit» kodiert (47%). Psychische Erkrankungen werden in 29% der Fälle erfasst. Bei den psychischen Erkrankungen ist im LC2-Sample bei 84.1% der Code 646¹⁹ hinterlegt. Unter diesen Code fallen psychogene und milieureaktive Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen kodiert werden. In der Referenzgruppe ist dies ebenfalls die häufigste psychische Erkrankung. Mit einem Anteil von 72.4% wird sie dennoch markant weniger erfasst als im LC2-Sample.

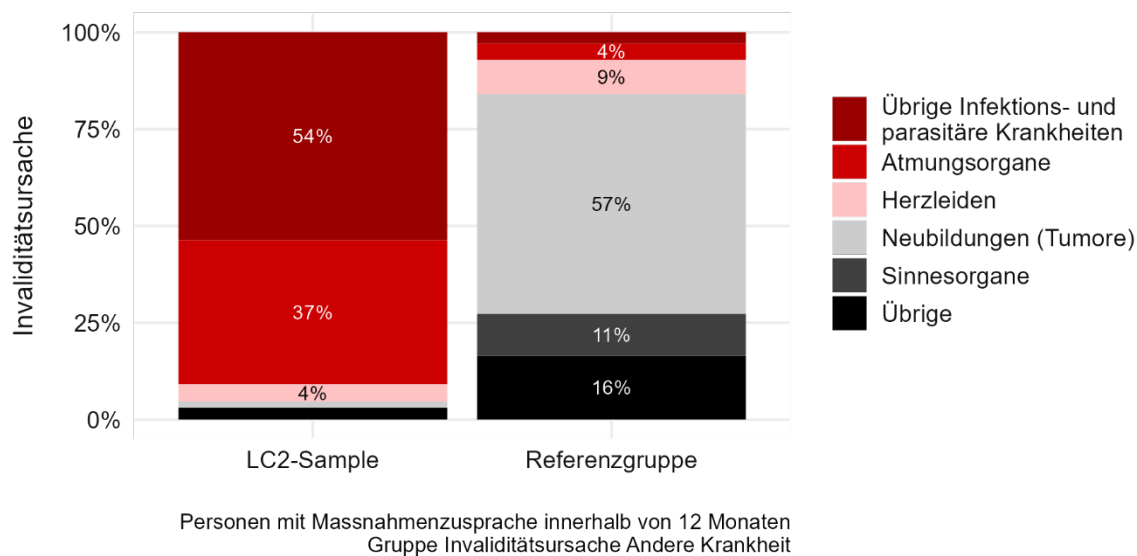
Ein genauerer Blick auf die Gruppe «Andere Krankheit» zeigt, dass der Grossteil der Personen im LC2-Sample unter dem Code 604 «Übrige Infektions- und parasitäre Krankheiten» erfasst wurden (**Abbildung 10**). Am zweithäufigsten in dieser Kategorie sind Krankheiten der Atmungsorgane (Codes 693, 691 und 601²⁰). Diese vier Codes zusammen machen 91% der Gruppe «Andere Krankheit» aus. In der Referenzgruppe sind in der Gruppe «Andere Krankheit» Tumore mit 57% mit Abstand am häufigsten (Codes 611, 612 und 613²¹).

¹⁹ 646: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose –Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden (vgl. KSGLS, Stand 1. Juli 2022).

²⁰ 693: Übrige Leiden der Atmungsorgane (ausser Tbc), 691: Infektionen der Luftwege, 601: Tbc der Atmungsorgane (vgl. KSGLS 14, Stand 1. Juli 2022).

²¹ 611: Bösartige Tumore, 612: Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe, 613: Andere Neubildungen (vgl. KSGLS 14, Stand 1. Juli 2022).

Abbildung 10: Zusammensetzung der erfassten Invaliditätsursache bei der Gruppe «Andere Krankheit»



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

5.1.1 Zusprache von Massnahmen nach soziodemografischen Merkmalen

In **Tabelle 14** wird ersichtlich, dass Frauen häufiger als Männer innerhalb von 12 Monaten eine Massnahme zugesprochen wird. Der Unterschied ist im LC2-Sample deutlich grösser als in der Referenzgruppe, wobei er auch dort besteht. Zudem erfolgt im LC2-Sample die Zusprache bei Frauen schneller als bei Männern (Median 2 Monate bei Frauen, 4 Monate bei Männern), während in der Referenzgruppe kein Unterschied ersichtlich ist (beide 3 Monate).

Wird eine Massnahme verfügt und durchgeführt, sind die Kosten im Durchschnitt bei den Männern etwas höher, wobei hier der Unterschied in der Referenzgruppe grösser ist als im LC2-Sample. Die Ausgaben pro Anmeldung sind in der Referenzgruppe für Männer und Frauen gleich hoch, im LC2-Sample führt der höhere Anteil an Massnahmenbezügerinnen bei den Frauen zu höheren durchschnittlichen Ausgaben pro Anmeldung.

Tabelle 14: Indikatoren zur Zusprache von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen nach Geschlecht

Indikator		LC2-Sample Anmeldung nach Covid		Referenzgruppe	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Personen mit verfügbaren Massnahmen (Abklärung / Eingliederung) innerhalb von 12 Monaten	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	58.1%	47.2%	46.0%	41.8%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	31.4%	23.2%	29.0%	22.4%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	43.6%	44.2%	31.4%	31.3%
Dauer von der Anmeldung bis zur Zusprache 1. Leistung (alle verfügbaren Leistungen)	Median bis 1. Massnahme Monate	2	4	3	3
	25. Perzentil	1	2	1	1
	75. Perzentil	7	7.75	5	6
Ausgaben in CHF, Leistungen innerhalb von 12 Monaten (verrechnete Leistungen)	Ø Ausgaben pro Massnahmenbezüger/in*	6'700	7'300	7'400	9'300
	25. Perzentil	2'400	2'000	1'500	2'200
	75. Perzentil	10'200	10'500	9'400	11'500
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	2'100	1'700	2'100	2'100

Anmerkung: *Personen, denen innerhalb von 12 Monaten mind. eine Massnahme zugesprochen wurde, zu der eine Rechnung vorliegt. Kosten für verrechnete Massnahmen. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Bei der Betrachtung nach Regionen fällt auf, dass die Art der Leistungserbringung sich systematisch zu unterscheiden scheint (**Tabelle 15**). Sowohl im LC2-Sample als auch in der Referenzgruppe ist der Gesamtanteil der Personen mit Massnahmenzusprachen innerhalb von 12 Monaten nach Anmeldung in der Deutschschweiz höher – im LC2-Sample ist der Unterschied sehr deutlich (58.7% mit Massnahmenzusprache in der Deutschschweiz vs. 40.3% in der lateinischen Schweiz). Der Anteil Personen mit verfügbaren und verrechneten Leistungen ist hingegen in der lateinischen Schweiz etwas höher (geringfügig im LC2-Sample, etwas ausgeprägter in der Referenzgruppe).

Die Geschwindigkeit in der Zusprache von Massnahmen scheint von diesem Muster nicht beeinflusst zu werden – es sind nur kleine Unterschiede erkennbar, wobei die Zusprache in der Tendenz in der lateinischen Schweiz etwas schneller erfolgt.

Die Ausgaben für die Massnahmen pro Bezügerin oder Bezüger sind in der Deutschschweiz deutlich höher. Pro Anmeldung sind die Kosten ebenfalls höher – der leicht höhere Anteil an Personen mit verfügbaren und verrechneten Leistungen in der lateinischen Schweiz vermag die höheren Ausgaben pro Bezügerin bzw. Bezüger nicht auszugleichen.

Der Frage, welche Mechanismen hinter den beobachtbaren Unterschiede zwischen den Regionen stehen und ursächlich dafür verantwortlich sind, konnte im Rahmen des vorliegenden Mandats nicht nachgegangen werden.

Tabelle 15: Indikatoren zur Zusprache von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen nach Region

Indikator		LC2-Sample Anm. nach Covid		Referenzgruppe	
		D-CH	Lat.-CH	D-CH	Lat.-CH
Personen mit verfügbaren Massnahmen (Abklärung / Eingliederung) innerhalb von 12 Monaten	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	58.7%	40.3%	45.2%	42.6%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	27.9%	30.4%	25.7%	29.7%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	50.9%	22.0%	33.1%	26.0%
Dauer von der Anmeldung bis zur Zusprache 1. Leistung (alle verfügbaren Leistungen)	Median bis 1. Massnahme Monate	3	2	3	3
	25. Perzentil	1	1	1	1
	75. Perzentil	7	6	6	5
Ausgaben in CHF, Leistungen innerhalb von 12 Monaten (verrechnete Leistungen)	Ø Ausgaben pro Massnahmenbezüger/in*	7'700	4'400	8'600	6'200
	25. Perzentil	3'200	1'200	1'800	1'500
	75. Perzentil	10'300	5'800	11'400	7'100
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	2'200	1'300	2'200	1'800

Anmerkung: *Personen, denen innerhalb von 12 Monaten mind. eine Massnahme zugesprochen wurde, zu der eine Rechnung vorliegt. Kosten für verrechnete Massnahmen. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 16 stellt schliesslich die Indikatoren zur Zusprache von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen nach Altersgruppe dar. Hierbei ist interessant zu sehen, dass die Unterschiede im Ausmass der Zusprache (Anteil Personen mit Zusprache von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen) zwischen den Altersgruppen im LC2-Sample deutlich geringer sind als in der Referenzgruppe. Insbesondere der Anteil Personen mit verrechneten (externen) Leistungen ist im LC2-Sample für beide Altersgruppen gleich hoch.

Bei jüngeren Personen scheint die Zusprache im LC2-Sample etwas schneller zu erfolgen als bei Älteren (18-39 Jahre: Median 2 Monate, 40-64 Jahre: Median 4 Monate). In der Referenzgruppe wird ein solcher Effekt nicht beobachtet (18-39 Jahre: Median 3 Monate, 40-64 Jahre: Median 2 Monate).

Die Ausgaben pro Massnahmenbezüger/in sind sowohl in der Referenzgruppe als auch bei den Long-Covid-Betroffenen bei jüngeren Personen höher als bei älteren, wobei der Unterschied in der Referenzgruppe grösser ist. Schliesslich sind die durchschnittlichen Ausgaben pro Anmeldung bei den 40-64-jährigen im LC2-Sample und der Referenzgruppe vergleichbar (LC2: 1'800 CHF, RG: 1'700 CHF), für jüngere Personen sind sie in der Referenzgruppe höher (LC2: 2'500 CHF, RG: 3'200 CHF).

Tabelle 16: Indikatoren zur Zusprache von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen nach Altersgruppe

Indikator		LC2-Sample Anm. nach Covid		Referenzgruppe	
		18-39	40-64	18-39	40-64
Personen mit verfügbaren Massnahmen (Abklärung / Eingliederung) innerhalb von 12 Monaten	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	57.0%	53.2%	48.5%	42.9%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	28.7%	28.4%	31.2%	24.8%
	Personen mit (noch) nicht verrechneten Massnahmen	49.9%	41.6%	34.5%	30.0%
Dauer von der Anmeldung bis zur Zusprache 1. Leistung (alle verfügbaren Leistungen)	Median bis 1. Massnahme Monate	2	4	3	2
	25. Perzentil	1	1	1	1
	75. Perzentil	5	7	6	5
Ausgaben in CHF, Leistungen innerhalb von 12 Monaten (verrechnete Leistungen)	Ø Ausgaben pro Massnahmenbezüger/in*	8'600	6'200	10'200	6'800
	25. Perzentil	3'200	1'900	2'400	1'500
	75. Perzentil	10'400	10'200	13'200	8'600
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	2'500	1'800	3'200	1'700

Anmerkung: *Personen, denen innerhalb von 12 Monaten mind. eine Leistung zugesprochen wurde, zu der eine Rechnung vorliegt. Kosten für verrechnete Leistungen. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Bei Betrachtung eines längeren Zeitraums (18-24 Monate), erhöhen sich die Anteile der Personen mit Massnahmenzusprache erwartungsgemäss (**Tabelle 17**). Dabei können nun allerdings nur noch die Personen betrachtet werden, die sich bis Mitte 2022 angemeldet haben – für diese Gruppe können mindestens 18 Monate analysiert werden (Anzahl Personen: 204).

Tabelle 17: Anteil Personen mit Massnahme innerhalb von 18-24 Monaten bzw. 12 Monaten nach Anmeldung, am Total der Personen pro Gruppe (Mehrfachbezug möglich)

Leistung	*	LC2-Sample Anm. nach Covid		Referenzgruppe	
		18-24 Monate	12 Monate	18-24 Monate	12 Mo- nate
Berufliche und medizinische Abklärungsmassnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	11.7%	10.2%	7.6%	4.2%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	7.1%	4.3%	5.5%	2.9%
	Personen mit (noch) nicht ver- rechneten Massnahmen	6.5%	6.6%	3.6%	2.0%
Eingliederungsmassnahmen inkl. FI	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	52.1%	47.1%	45.0%	41.6%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	30.2%	25.2%	27.9%	24.3%
	Personen mit (noch) nicht ver- rechneten Massnahmen	40.3%	38.9%	32.4%	29.8%
Frühinterventionsmassnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	42.4%	39.6%	33.0%	31.5%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	21.9%	19.8%	16.6%	15.4%
	Personen mit (noch) nicht ver- rechneten Massnahmen	32.1%	29.5%	24.0%	23.1%
Integrationsmassnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	13.9%	9.4%	7.8%	5.7%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	8.1%	4.6%	6.3%	4.4%
	Personen mit (noch) nicht ver- rechneten Massnahmen	7.1%	5.8%	2.6%	1.8%
Berufliche Massnahmen	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	14.6%	12.4%	12.9%	9.7%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	5.7%	2.3%	6.0%	3.7%
	Personen mit (noch) nicht ver- rechneten Massnahmen	10.4%	10.4%	9.5%	7.5%
Hilfsmittel	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	2.7%	1.1%	5.9%	5.0%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	2.7%	1.1%	5.5%	4.6%
	Personen mit (noch) nicht ver- rechneten Massnahmen	0.0%	0.0%	0.8%	0.6%
Insgesamt: Personen mit Massnahme innerhalb von 18-24 Monaten	Total Personen mit verfügbaren Massnahmen	58.9%	54.2%	49.8%	44.5%
	Personen mit verrechneten Massnahmen	34.9%	28.5%	32.1%	26.7%
	Personen mit (noch) nicht ver- rechneten Massnahmen	44.8%	43.8%	35.0%	31.4%

Anmerkung: Personen, die mindestens 18 Monate beobachtet werden können, d.h. Anmeldung vor Mitte 2022.

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Dabei wird ersichtlich, dass in den Monaten 18 bis 24 nach Anmeldung nicht mehr viele neue Personen dazukommen, die erstmals eine FI-Massnahme erhalten (Zunahme von 39.6% auf 42.4%, Zunahme um 2.8 P.P., Steigerungsrate +7%). Deutlich stärker ist die Zunahme bei den Integrationsmassnahmen (4.5 P.P.; +48%), den beruflichen Massnahmen (2.2 P.P.; +18%) sowie den beruflichen und medizinischen Abklärungsmassnahmen (1.5 P.P.; +15%) also allen Massnahmen, die i.d.R. erst nach sorgfältiger Prüfung der Ausgangslage zugesprochen werden.

5.1.2 Determinanten für die Zusprache einer Massnahme bei Long-Covid-Fällen

Im vorangehenden Kapitel wurden teilweise erhebliche Unterschiede in der Zusprache von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen im LC2-Sample je nach Merkmal beobachtet. Ob diese Unterschiede auch bei einer multivariaten Betrachtung noch bestehen, wird im Folgenden beleuchtet. Dazu wird die Massnahmenzusprache (alle verfükten Massnahmen) innerhalb von 12 Monaten nach Anmeldung auf die Variablen Geschlecht, Alter, Region, Anzahl Covid-Symptome (ein Symptom / mehrere Symptome) und Komorbidität (keine / psychische Komorbidität / andere Komorbidität) regressiert. Zusätzlich wird in einem Modell (Modell 2) noch die Anmeldekohorte (Quartal der Anmeldung) berücksichtigt (**Tabelle 18**).

Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren kann kein statistisch signifikanter Effekt vom Geschlecht auf die Wahrscheinlichkeit der Zusprache einer Abklärungs- und Eingliederungsmassnahme festgestellt werden. Hingegen haben Personen bei einer IV-Stelle in der lateinischen Schweiz eine geringere Wahrscheinlichkeit, dass innerhalb von 12 Monaten eine Massnahme verfügt wird. Dieser Unterschied beruht ausschliesslich auf dem im Vergleich zur Lateinischen Schweiz erhöhten Anteil von verfükten und (noch) nicht verrechneten Leistungen in der Deutschschweiz. Werden ausschliesslich verfükte und verrechnete Leistungen betrachtet, sind zwischen Deutschschweiz und lateinischer Schweiz auch unter multivariaten Bedingungen keine signifikanten Unterschiede feststellbar (vgl. dazu **Tabelle 34** im Anhang).

Deutlich höher ist die Wahrscheinlichkeit der Zusprache einer Massnahme, wenn eine Person mehrere Covid-Symptome aufweist. Kein statistisch signifikanter Effekt kann hinsichtlich Komorbidität festgestellt werden. Die Hinzunahme der Anmeldekohorte-Dummies (Modell 2) ändert wenig an den Effekten, die einzelnen Kohorten an sich zeigen keinen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit der Zusprache einer Massnahme.

Tabelle 18: Determinanten Massnahmenzusprache innerhalb von 12 Monaten

Massnahmenzusprache ja/nein	Modell 1			Modell 2		
Unabhängige Variablen	Odds-Ratio	SE	p-Wert	Odds-Ratio	SE	p-Wert
Geschlecht [Ref: Frau]						
Mann	0.696	0.183	0.168	0.710	0.191	0.203
Alter	0.995	0.012	0.668	0.996	0.012	0.755
Region [Ref: Deutschschweiz]						
Lateinische Schweiz	0.465	0.137	0.010	0.465	0.141	0.012
Anzahl Covid-Symptome [Ref: ein Symptom]						
Mehrere Symptome	2.531	0.725	0.001	2.785	0.833	0.001
Komorbiditäten [Ref: keine Komorbidität]						
mit psychischer Komorbidität	1.240	0.383	0.486	1.266	0.403	0.458
andere Komorbidität	0.810	0.251	0.497	0.783	0.246	0.436
Konstante	1.043	0.621	0.944	0.000	0.000	0.986
<i>Dummies Anmeldekohorte</i>			<i>Nein</i>			<i>Ja</i>
Beobachtungen			287			287
R ² Tjur			0.076			0.106

Quelle: LC2-Sample IV-Dossiers und IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

5.1.3 Beurteilung und Einschätzung der Ergebnisse

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Invalidenversicherung bei Personen mit Long-Covid-Beschwerden im Vergleich zu Personen ohne Long-Covid häufiger Abklärungsmassnahmen verfügt und durchführt. Dies dürfte den komplexen und oft unspezifischen Symptomen bei Long-Covid-Erkrankten widerspiegeln. In Bezug auf die Zusprache von Massnahmen aus den Bereichen Frühintervention und Eingliederung werden für Long-Covid-Betroffen in der Tendenz eher etwas häufiger Massnahmen verfügt als für Personen ohne Long-Covid. Es zeigt sich, dass bei der Zusprache von Massnahmen dieselben Muster in der Referenzgruppe wie auch im LC2-Sample auftreten: Frauen erhalten häufiger als Männer innerhalb der ersten 12 Monate nach Anmeldung Eingliederungsmassnahmen zugesprochen, ebenso jüngere Personen im Vergleich zu älteren. In der lateinischen Schweiz werden insgesamt an weniger Personen Eingliederungsmassnahmen verfügt als in der Deutschschweiz und die Ausgaben pro Massnahmenbezüger/in (verrechnete Massnahmen) sind tiefer als in der Deutschschweiz. Tendenziell sind die beobachteten Unterschiede im LC2-Sample etwas ausgeprägter, was aber auch mit der vergleichsweise geringen Beobachtungszahl zusammenhängen kann.

5.2 Rentenverfügungen: Rentenzusprachen und Ablehnungen

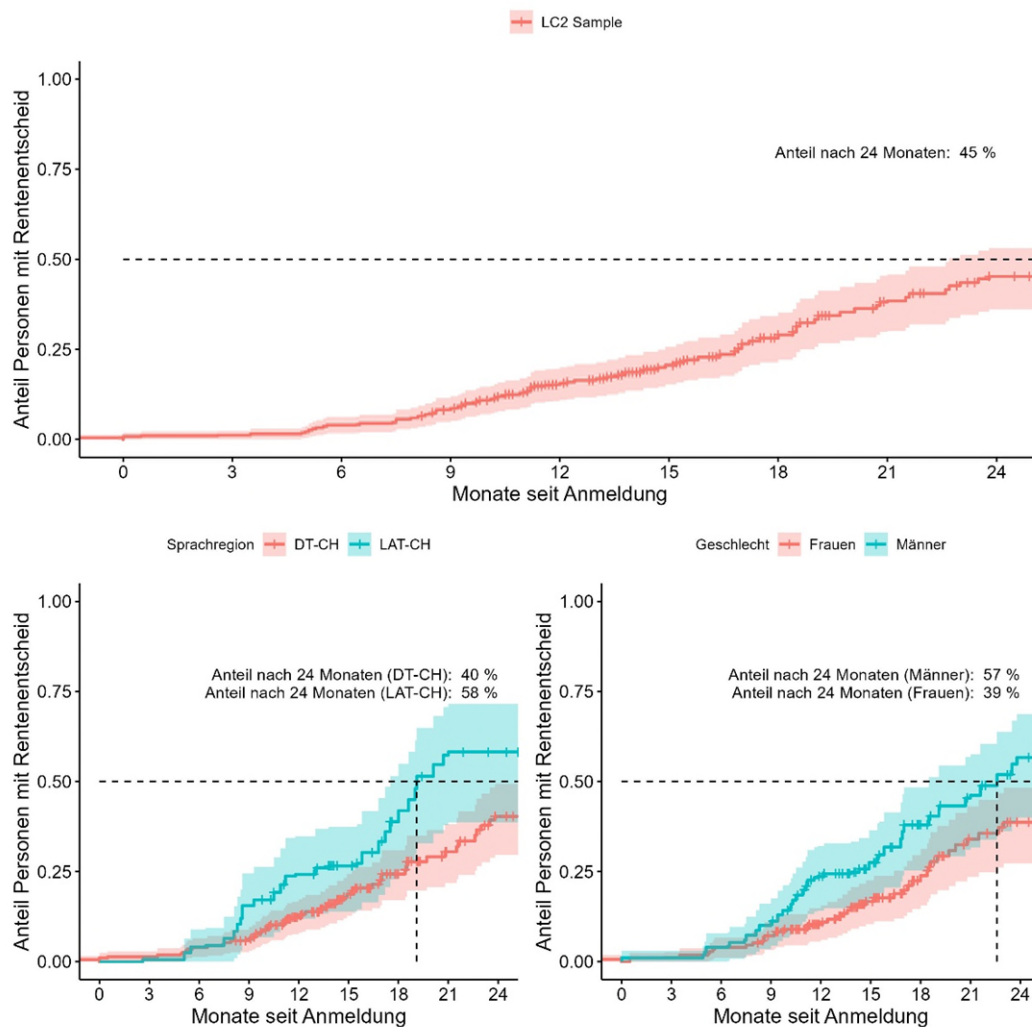
Nachfolgend wird zunächst anhand der Informationen aus den IV-Dossiers dargestellt, wo und innerhalb welches Zeitraums gemäss einer im Dossier abgelegten Verfügung bereits ein Rentenentscheid, d.h. eine Rentenzusprache oder -ablehnung, vorliegt (Stand August 2023). Anschliessend wird basierend auf den IV-Registerdaten die Rentensituation per Ende 2023 detaillierter betrachtet.

5.2.1 Rentenentscheide 2 Jahre nach Anmeldung (Stand August 2023)

Abbildung 11 zeigt, bei wie vielen Long-Covid-Fällen in den ersten zwei Jahren nach der IV-Anmeldung eine Verfügung über einen **Rentenentscheid** vorliegt und innerhalb welcher Dauer die Entscheide getroffen wurden (berücksichtigt wurden Entscheide aus Verfügungen). Die entsprechende

Verfügung gibt Auskunft darüber, ob eine Rente zugesprochen oder abgelehnt wird. Erste Verfügungen zu Rentenentscheiden werden rund 5-6 Monate nach der Anmeldung erlassen. Nach 24 Monaten liegt der Anteil an Personen aus dem LC2-Sample, für die eine Verfügung zu einen Rentenentscheid vorliegt bei 45%. Demgegenüber ist nach 24 Monaten bei 55% der Rentenentscheid noch ausstehend. Weiter zeigt sich, dass in der Romandie und im Tessin (lateinische Schweiz) Rentenverfügungen schneller und häufiger vorliegen als in der Deutschschweiz. 2 Jahre nach der IV-Anmeldung haben 58% der Personen aus der lateinischen Schweiz gegenüber 40% bei Personen aus der Deutschschweiz die Rentenverfügungen erhalten. Schliesslich dauern die Abklärungen bis zum Vorliegen des Rentenentscheids bei Männern mit Long-Covid häufiger weniger lang als bei Frauen mit Long-Covid. Mehr als die Hälfte der Männer (57%) haben spätestens 24 Monate nach der Anmeldung einen Entscheid bezüglich der Beurteilung des Rentenanspruchs erhalten, bei den Frauen sind es demgegenüber 39%.

Abbildung 11: Anteil Rentenentscheide (Verfügungen) im Zeitverlauf innerhalb von 24 Monaten ab Anmeldung



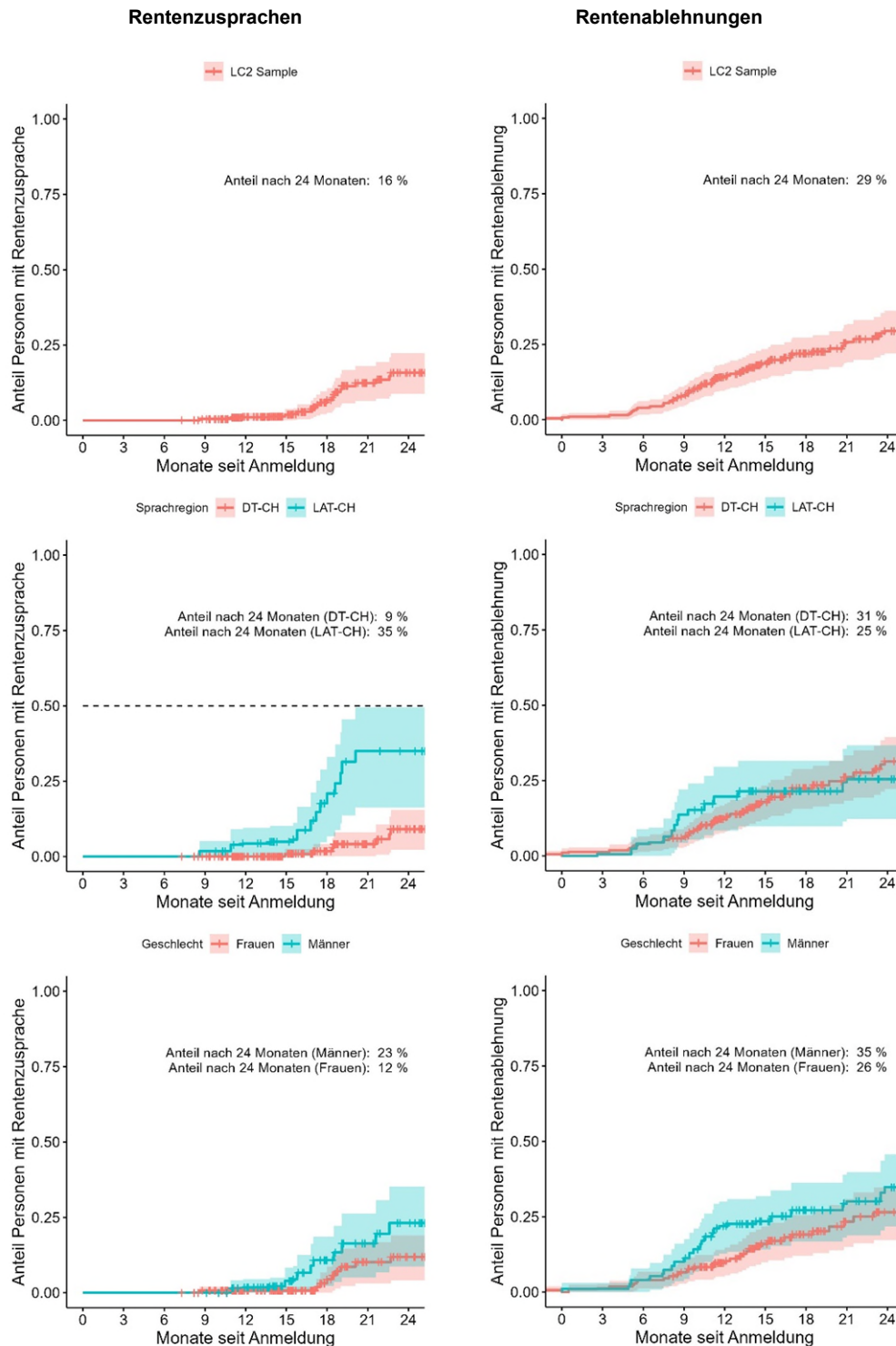
Lesebeispiel: Bei der Hälfte der Männer mit Long-Covid liegt spätestens nach rund 22-23 Monaten ein Rentenentscheid vor. Anmerkung: die eingefärbten Flächen entsprechen dem 95%-Vertrauensintervall. Quelle: LC-2 Sample IV-Dossiers, Berechnungen BASS

In **Abbildung 12** ist dargestellt, wie sich der Anteil Rentenzusprachen bzw. Rentenablehnungen im Zeitverlauf entwickelt und wie häufig Zusprachen und Ablehnungen innerhalb der ersten 2 Jahre

nach der IV-Anmeldung vorkommen. Dabei wird deutlich, dass Rentenablehnungen häufiger schneller erfolgen als Rentenzusprachen. Zusprachen erfolgen i.d.R. frühestens rund 16-17 Monate nach der Anmeldung. Erste Ablehnungen liegen demgegenüber bereits nach ca. 6 Monaten vor. Nach 24 Monaten liegen für 16% aller Long-Covid-Fälle eine Rentenzusprache und für 29% eine Ablehnung vor.²² Von all jenen Person, die innerhalb von 24 Monaten ab Anmeldung schon eine Verfügung zum Rentenentscheid erhalten haben, haben damit gut ein Drittel eine Rente zugesprochen erhalten. Bei den restlichen zwei Dritteln erfolgte eine Rentenablehnung. Es zeigt sich zudem, dass in der lateinische Schweiz Rentenzusprachen häufiger und schneller erfolgen als in der Deutschschweiz. Ablehnungen erfolgen in der lateinischen Schweiz etwas rascher als in der Deutschschweiz. 2 Jahre nach der Anmeldung werden in der lateinischen Schweiz jedoch etwas weniger Renten abgelehnt als in der Deutschschweiz (25% vs. 31%). Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung kann beobachtet werden, dass die Rentenentscheide sowohl für Zusprachen wie auch Ablehnungen bei Männern insgesamt schneller erfolgen. 2 Jahre nach der Anmeldung haben 23% der Männer eine Rentenzusprache und 35% eine Rentenablehnung erhalten. Bei den Frauen sind demgegenüber 12% Rentenzusprachen und 26% Rentenablehnungen zu beobachten. Über die Gründe für die geschlechter- und regionenspezifischen Unterschiede ist bisher wenig bekannt und eine Vertiefung im Rahmen dieses Mandats war nicht möglich.

²² Ein Vergleich dieser Werte mit der Referenzgruppe ist nicht möglich, da in den Registerdaten die detaillierten Informationen zu den Rentenverfügungen nicht enthalten sind. Die entsprechenden Informationen zum LC-Sample stammen aus den Verfügungen, die in den Dossiers abgelegt sind.

Abbildung 12: Anteil Rentenzusprachen und Rentenablehnungen im Zeitverlauf innerhalb von 24 Monaten ab Anmeldung



Lesebeispiel: Bei einem Viertel aller Long-Covid-Fälle aus der lateinischen Schweiz erfolgte spätestens nach rund 19-20 Monaten eine Rentenzusprache. Anmerkung: die eingefärbten Flächen entsprechen dem 95%-Vertrauensintervall. Quelle: LC-2 Sample IV-Dossiers, Berechnungen BASS

Die Ergebnisse aus den beiden vorangehenden Abbildungen bestätigen sich bei der Betrachtung der **mittleren Dauer von der Anmeldung bis zur Verfügung eines Rentenentscheids (Tabelle 19)**. Ein Rentenentscheid wurde im Schnitt (Median) rund 14 Monate nach der Anmeldung erlassen, wobei Ablehnungen (Median 11 Mte.) insgesamt rascher erfolgen als Rentenzusprachen (Median 19

Mte.). Bei Männern und in der lateinischen Schweiz erfolgten Rentenentscheide, unabhängig davon ob Zuspache oder Ablehnung, tendenziell etwas rascher als bei Frauen bzw. als in der Deutschschweiz.

Tabelle 19: Dauer zwischen IV-Anmeldung und Verfügung Rentenentscheid (Median in Monaten)

	Dauer bis Renten-Entscheid	Dauer bis Zuspache	Dauer bis Ablehnung
Total	14.3	19.1	11.1
Frauen	15.2	25.0	11.7
Männer	12.5	16.9	10.6
Deutschschweiz	14.3	22.7	11.8
Lateinische Schweiz	13.8	18.0	9.0

Quelle: LC2-Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

5.3 Rentensituation per Ende 2023

Die Frage, wie viele Personen mit Long-Covid-Beschwerden im Anschluss an das Abklärungs- und Eingliederungsverfahren eine Rente erhalten, kann aufgrund der erst kurzen Beobachtungsdauer zum jetzigen Zeitpunkt nur mit Einschränkung beantwortet werden. Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass zwischen Anmeldung und Rentenzuspache oft mehrere Jahre vergehen: So haben 43% von allen Personen, die vier Jahre nach Anmeldung eine Rente bezogen (Anmeldekohorte 2017), diese erst im dritten oder vierten Jahr nach der Anmeldung erhalten (Guggisberg & Kaderli, 2023, S. 47). Im Jahr ihrer Anmeldung erhielten demgegenüber nur äusserst wenige eine Rente. Die erwähnte Studie zeigt zudem auf, dass sich die Zeit, bis eine Rente gesprochen wird, in den letzten Jahren u.a. aufgrund der verstärkten Eingliederungsbemühungen eher wieder verlängert hat. So hat für knapp jede dritte Person, die sich im 2013 bei der IV angemeldet hatte und im 2021 (also 8 Jahre nach der Anmeldung) eine Rente bezog, die Abklärung und Überprüfung des Rentenanspruchs mehr als 4 Jahre benötigt. Ein kompletteres Bild zur Rentensituation der Long-Covid-Betroffenen aus den Anmeldejahren 2021 und 2022 ergibt sich deshalb frühestens in zwei bis drei Jahren (Ende 2026). Aktuell kann beurteilt werden, wie viele Personen aus dem LC2-Sample und aus der Referenzgruppe Ende 2023 (schon) eine Rente beziehen (**Tabelle 20**). Bei diesem Wert gilt es zu beachten, dass für Personen, die sich Anfang 2021 bei der IV angemeldet haben, 3 Jahre ab der Anmeldung für die Analyse zur Verfügung stehen und für jene Personen, die sich erst gegen Ende 2022 bei der IV angemeldet haben, nur gerade 12 Monate.

Insgesamt beziehen 12% vom LC2-Sample und 9% aus der Referenzgruppe im Dezember 2023 eine Rente. Dass es für eine Rentenzuspache tatsächlich Zeit braucht, wird bei der Betrachtung der Anteile nach Anmeldejahr deutlich. Aus dem Anmeldejahr 2021 erhalten Ende 2023 20% der Personen im LC2-Sample eine Rente, aus dem Anmeldejahr 2022 sind es 6%. In der Referenzgruppe beträgt der Anteil 13% für das Anmeldejahr 2021 und ebenfalls 6% für das Anmeldejahr 2022. Da nicht alle Rentenbeziehenden eine ganze Rente erhalten, werden auch die Anteile der gewichteten Renten²³ dargestellt. Mit 9% im LC2-Sample ist diese im Vergleich zur Referenzgruppe (8%) etwas höher.

²³ Bei den gewichteten Renten werden ganze Renten einmal gezählt, Dreiviertelsrenten 0,75-mal, halbe Renten 0,5-mal, Viertelsrenten 0,25-mal.

Tabelle 20: Renten und gewichtete Renten per Ende 2023

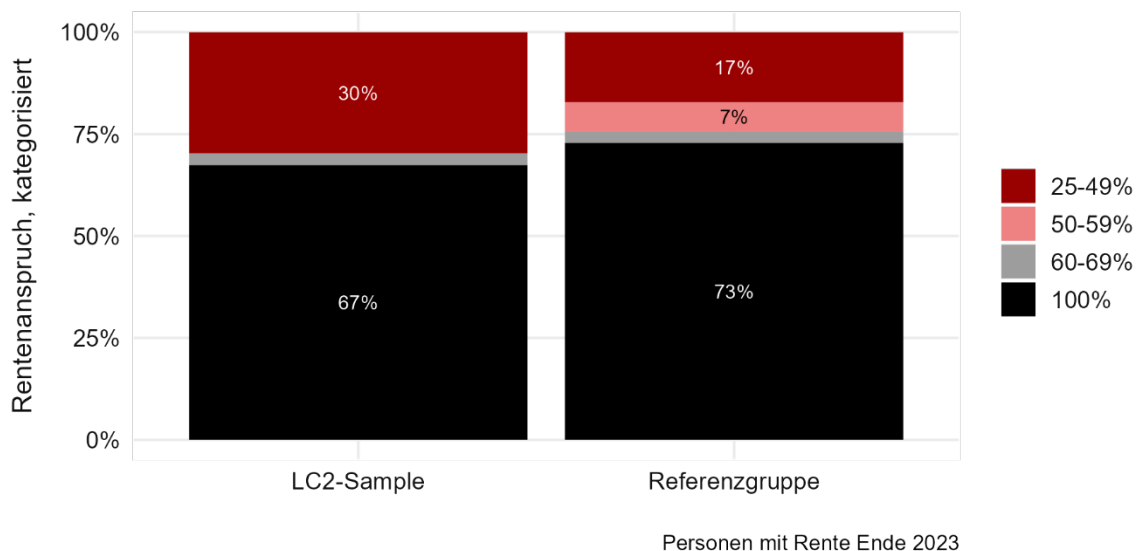
Renten		LC2-Sample Anm. nach Covid	Referenzgruppe
Anteil Personen mit Rente per Ende 2023	Insgesamt	12%	9%
	Anmeldejahr 2021	20%	13%
	Anmeldejahr 2022	6%	6%
Anteil gewichtete Renten per Ende 2023	Insgesamt	9%	8%
	Anmeldejahr 2021	14%	11%
	Anmeldejahr 2022	6%	6%

Anmerkung: Die wenigen Personen, die sich bereits 2020 angemeldet hatten (n = 7) wurden dem Anmeldejahr 2021 zugeordnet. Eine Person mit Anmeldung 2023 wurde dem Anmeldejahr 2022 zugeteilt.

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Wie sich der Rentenanspruch der Rentenbeziehenden verteilt, ist in **Abbildung 12** dargestellt. Der Anteil Personen mit einem Rentenanspruch von 100% ist im LC2-Sample etwas tiefer als in der Referenzgruppe, aber grundsätzlich vergleichbar. Hingegen fällt auf, dass im LC2-Sample deutlich mehr Personen einen Rentenanspruch zwischen 25% und 49% haben, das heisst, sie weisen einen Invaliditätsgrad zwischen 40% und 47.5% auf. Der kleinstmögliche Invaliditätsgrad für einen Rentenanspruch beträgt 40%, da bei einem Invaliditätsgrad von unter 40% kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht (siehe Textkasten mit Erläuterungen zur Berechnung des Rentenanspruchs auf Seite 43). Diese tiefen Invaliditätsgrade kommen in der Referenzgruppe nur etwa halb so oft vor.

Abbildung 13: Rentenanspruch per Ende 2023, kategorisiert



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Wie wird die Höhe des Rentenanspruchs berechnet?

Die Höhe der IV-Rente wird durch den Invaliditätsgrad bestimmt. Bis Ende 2021 wurden vier Kategorien verwendet: Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente und ganze Rente. Seit 2022 kommt ein stufenloses Rentensystem zur Anwendung, bei dem die Höhe der Rente als prozentualer Anteil einer ganzen Rente festgelegt wird (ahv-iv (2024). Merkblatt 4.04 Leistungen der IV, Invalidenrenten der IV, <https://www.ahv-iv.ch/p/4.04.d>, zuletzt abgerufen: 10.04.2024).

Nachfolgende Tabelle zeigt die Umrechnung vom Invaliditätsgrad in den Rentenanspruch auf.

Invaliditätsgrad	Rentenanspruch in % einer ganzen Rente*	Rentenanspruch kategorisiert**
< 40%	0% - kein Anspruch	Keine Rente
40%	25%	25-49% (Früher: ¼ Rente)
41%	27.5%	
42%	30%	
43%	32.5%	
44%	35%	
45%	37.5%	
46%	40%	
47%	42.5%	
48%	45%	
49%	47.5%	
50-59%	Entspricht dem Invaliditätsgrad	50-59% (Früher: ½ Rente)
60-69%	Entspricht dem Invaliditätsgrad	60-69% (Früher: ¾ Rente)
>=70%	100% - ganze Rente	100% (Früher: ganze Rente)

* neue Regelung mit stufenlosem Rentensystem; ** Regelung für früher festgelegte Renten in Klammern

Rentensituation nach soziodemografischen Merkmalen

Insgesamt beziehen 12% der Personen im LC2-Sample und 9% der Personen in der Referenzgruppe Ende 2023 eine Rente. Wie in **Tabelle 21** ersichtlich wird, beträgt dieser Anteil bei den Frauen im LC2-Sample 9% und ist somit vergleichbar mit jenem in der Referenzgruppe (8%). Der Anteil der gewichteten Renten beträgt in beiden Gruppen bei den Frauen 7%. Hingegen beziehen 17% der Männer im LC2-Sample Ende 2023 eine Rente – in der Referenzgruppe sind es 11%.

Tabelle 21: Renten und gewichtete Renten per Ende 2023, nach Geschlecht

Indikator	LC2-Sample Anm. nach Covid		Referenzgruppe	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Anteil Personen mit Rente per Ende 2023	9%	17%	8%	11%
Anteil gewichtete Renten per Ende 2023	7%	14%	7%	10%

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Grosse Unterschiede sind im LC2-Sample auch zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz auszumachen, sowie zwischen den Altersgruppen (**Tabelle 22** und **Tabelle 23**). Die Rentenbezugsquote ist in der lateinischen Schweiz deutlich höher als in der Deutschschweiz (21% ggü. 9%) – in der Referenzgruppe ist dieser Unterschied viel geringer (11% ggü. 8%). Der Unterschied nach Altersgruppe ist auch in der Referenzgruppe vorhanden, wenn auch hier wiederum in kleinerem Ausmass.

Tabelle 22: Renten und gewichtete Renten per Ende 2023, nach Region

Indikator	LC2-Sample Anm. nach Covid		Referenzgruppe	
	D-CH	Lat.-CH	D-CH	Lat.-CH
Anteil Personen mit Rente per Ende 2023	9%	21%	8%	11%
Anteil gewichtete Renten per Ende 2023	7%	16%	7%	10%

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 23: Renten und gewichtete Renten per Ende 2023, nach Altersgruppe

Indikator	LC2-Sample Anm. nach Covid		Referenzgruppe	
	18-39	40-64	18-39	40-64
Anteil Personen mit Rente per Ende 2023	3%	15%	5%	11%
Anteil gewichtete Renten per Ende 2023	2%	12%	4%	9%

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Worauf diese grossen Unterschiede nach Geschlecht, Region und Altersgruppe zurückzuführen ist, ist unklar. Bei einer multivariaten Betrachtung ist nur noch ein Alterseffekt signifikant ersichtlich, für das Geschlecht oder die Region der IV-Stelle kann kein signifikanter Effekt beobachtet werden (**Tabelle 36**). Wie erwartet spielt hingegen die Zeit zwischen Anmeldung und Ende 2023 eine Rolle: Die Wahrscheinlichkeit eine Rente zu beziehen ist höher, wenn mehr Zeit dazwischen liegt. In Bezug auf Komorbiditäten oder Zahl der Covid-Symptome kann kein signifikanter Effekt festgestellt werden (**Tabelle 24**).

Tabelle 24: Determinanten Rentenbezug Ende 2023

Rentenbezug Ende 2023 ja/nein				
Unabhängige Variablen	Odds-Ratio	SE	p-Wert	
Geschlecht [Ref: Frau]				
Mann	1.767	0.753	0.181	
Alter	1.118	0.034	<0.001	
Region [Ref: Deutschschweiz]				
Lateinische Schweiz	1.889	0.797	0.132	
Anzahl Wochen zwischen Anmeldung und Ende 2023	1.022	0.007	0.002	
Anzahl Covid-Symptome [Ref: 1 Symptom]				
Mehrere Symptome	1.267	0.599	0.617	
Komorbiditäten [Ref: keine Komorbidität]				
mit psychischer Komorbidität	2.268	1.207	0.124	
andere Komorbidität	1.115	0.622	0.846	
Konstante	0.000	0.000	<0.001	
Beobachtungen (gewichtet)			287	
R ² Tjur			0.226	

Quelle: LC2-Sample IV-Dossiers und IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

5.3.1 Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse zu Rentenentscheiden und Rentenzusprachen

Die Ergebnisse zeigen, dass bis zum Vorliegen eines Rentenentscheids eine gewisse Zeit benötigt wird. Dennoch, 24 Monate nach der Anmeldung liegt für etwas weniger als die Hälfte (45%) aller Anmeldungen mit Long-Covid (LC2-Sample) schon eine Verfügung zum Rentenentscheid vor. Vergleichswerte zur Dauer, bis ein Rentenentscheid vorliegt, sind keine vorhanden, da der Zeitpunkt des Rentenentscheids aus den Dossiers stammt und in den Registerdaten so nicht enthalten ist. Bis zum Vorliegen einer Rentenzusprache dauert es i.d.R. etwas länger als bis zu einer Rentenablehnung. Bezüglich Dauer bis zu einem Rentenentscheid bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern wie auch zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz. In der lateinischen Schweiz benötigen Rentenentscheide, insbesondere Rentenzusprachen häufiger weniger Zeit als in der Deutschschweiz.

In Bezug auf die Renten zeigt sich, dass gemäss IV-Register (Stand Dezember 2023) rund 12% aus dem Long-Covid Sample (LC2-Sample) eine Rente bezogen. Dies sind etwas mehr als in der Referenzgruppe, bei der die Quote bei 9% liegt. Die Unterschiede sind ausschliesslich auf die Anmeldungen aus dem Jahr 2021 zurückzuführen. Für die Anmeldungen aus dem Jahr 2022 sind die Quoten im Vergleich zur Referenzgruppe noch identisch. Darin widerspiegelt sich, dass es sich bei den Long-Covid-Fällen in der IV um eine Gruppe handelt, die vergleichsweise mit schweren und dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert ist. Die gruppenspezifischen Unterschiede bezüglich Rentenquoten aus der Referenzgruppe widerspiegeln sich verstärkt auch bei den Long-Covid-Fällen. Männer erhalten innerhalb der betrachteten Periode häufiger einer Rente zugesprochen als Frauen, jüngere Person seltener als ältere und die Quote von Personen aus der lateinischen Schweiz ist im Vergleich zur Deutschschweiz höher.

5.4 Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse Zusprache von Massnahmen und Renten

Gut 10% der Long-Covid-Betroffenen haben, Stand Ende 2023, mindestens eine **medizinische oder berufliche Abklärungsmassnahme** zugesprochen erhalten, was etwas mehr als doppelt so viel sind wie in der dafür gebildeten Referenzgruppe (4%) von Personen ohne Long-Covid. Dass für Long-Covid-Betroffene verstärkt medizinische Abklärungen veranlasst werden, dürfte auf das vergleichsweise komplexe und vielfältige Krankheitsbild zurückzuführen sein, was auch bei der Befragung der IV-Stellen bestätigt wurde (vgl. dazu Kp. 7). Dort wird erwähnt, dass die Abklärung von Betroffenen tendenziell ressourcenintensiver und teilweise auch mit grossen Unsicherheiten verbunden ist.

In Bezug auf unterstützende Massnahmen im **Bereich der Eingliederung** haben mit 47% knapp die Hälfte aller Long-Covid-Betroffenen bei der IV innerhalb von 12 Monaten ab Anmeldezeitpunkt eine Leistung zugesprochen erhalten. Am häufigsten handelt es sich dabei um Frühinterventionsmassnahmen. Die Long-Covid-Betroffenen haben tendenziell etwas höhere Zusprachequoten als die Referenzgruppe. Bei der Dauer und den Kosten der Eingliederungsleistungen zeigen sich wenig Unterschiede.

Ähnlich sieht auch das Bild bei den **Rentenzusprachen** aus. Ende 2023 beziehen rund 12% aller Long-Covid-Betroffenen, die sich im Zeitraum zwischen 2021 und 2022 bei der IV angemeldet haben, eine Rente, was etwas mehr sind als in der entsprechenden Referenzgruppe (9%). Im Vergleich zur Referenzgruppe werden (bisher) bei den Long-Covid-Betroffenen öfters Teilrenten mit einem einen Rentenanspruch zwischen 25% und 49% einer ganzen Rente gesprochen.

Auffällig sind die vergleichsweise grossen Unterschiede zum einen zwischen den Geschlechtern und zum anderen zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz. Die gruppenspezifischen Unterschiede gehen bei Long-Covid-Betroffenen und in der Referenzgruppe in dieselbe Richtung (z.B. Männer haben häufiger eine Rentenzusprache als Frauen), sind jedoch bei Long-Covid-Fällen stärker ausgeprägt. Eine Erklärung für das Auftreten dieser Unterschiede ist nicht leicht zu finden. Was in diesem Zusammenhang auffällt, ist folgende Beobachtung: All jene Gruppen, die überdurchschnittlich häufig Eingliederungsmassnahmen erhalten, weisen eine vergleichsweise tiefe Quote bei den Rentenentscheiden auf, der Anteil an Rentenzusprachen ist eher tief und der Anteil an Rentenablehnungen eher hoch. Dieses Muster zeigt sich sowohl bei den Frauen, den jüngeren Personen wie auch bei den Personen aus der Deutschschweiz. Demgegenüber sind bei jenen Personen, die seltener Eingliederungsmassnahmen erhalten, häufiger schon Rentenentscheide vorhanden und der Anteil an Rentenzusprachen ist überproportional hoch. Dieses Muster zeigt sich bei den Männern,

älteren Personen wie auch bei Personen aus der lateinischen Schweiz. Dass für eine Rentenablehnung im Durchschnitt weniger Zeit benötigt wird als für eine Rentenzusprache, führt ausserdem dazu, dass die Unterschiede zwischen den entsprechenden Gruppen bezüglich Rentenquote noch ausgeprägter werden. Der Grund dafür liegt darin, dass die Rentenentscheide insbesondere von jenen Personen noch ausstehend sind, die mit Massnahmen aus dem Bereich der Eingliederung unterstützt werden oder wurden.

Offen bleibt, was die Auslöser dafür sind, dass gewisse Gruppen mehr bzw. weniger Eingliederungsmassnahmen zugesprochen erhalten als andere. Die Beantwortung dieser Frage übersteigt das vorliegende Mandat und müsste separat geklärt werden. Ob sich die aktuell manifestierten Unterschiede, insbesondere zwischen den Geschlechtern und der Region mit einer längeren Beobachtungsdauer verändern wird, kann mit der kurzen Beobachtungsdauer noch nicht aufgezeigt werden.

6 Entwicklung Arbeitsfähigkeit und Stellenverlust

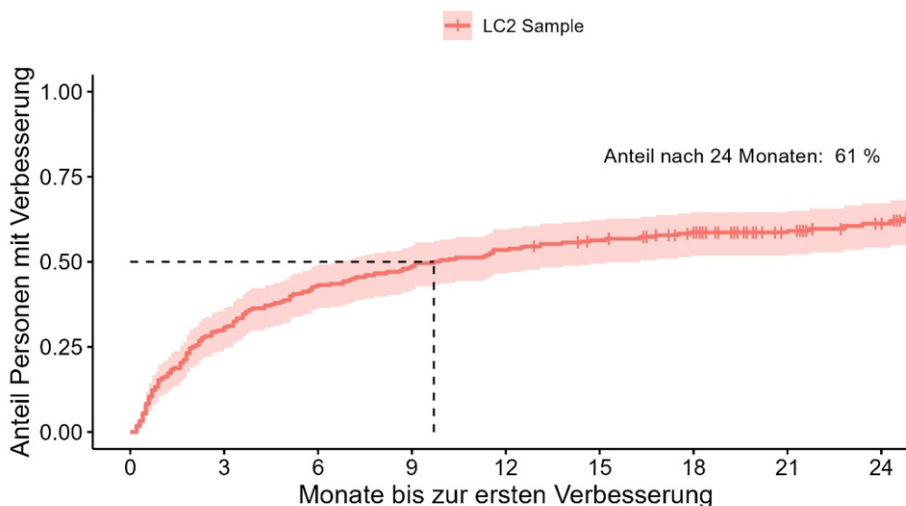
Nachfolgend wird aufgezeigt, wie sich die Arbeitsfähigkeit von Long-Covid-Betroffenen bei der IV innerhalb des beobachtbaren Zeitfensters verändert hat (Kap. 6.1) und wo bisher ein Stellenerhalt möglich war (Kap. 6.2). Die Analysen werden dabei auf Personen beschränkt, welche sich mit Covid bei der IV gemeldet haben (LC2-Sample) und 100% arbeitsunfähig waren bzw. eine Arbeitsstelle hatten.

6.1 Entwicklung Arbeitsfähigkeit

Wie in Kap. 4.4 dargestellt, sind 91% der Long-Covid-Betroffenen zunächst 100% arbeitsunfähig (d.h. bei der ersten dokumentierten AUF, in der Regel rund um die IV-Anmeldung). In **Abbildung 13** ist dargestellt, ob und innerhalb welches Zeitraums bei diesen Personen eine **Verbesserung der Arbeitsfähigkeit** beobachtet werden kann. Dazu wurde geprüft, ob die letzte dokumentierte Arbeitsunfähigkeit (AUF) weniger als 100% beträgt und wann in diesen Fällen eine erstmalige Verbesserung der AUF festgestellt werden kann. An dieser Stelle ist nochmals darauf hinzuweisen, dass eine Arbeitsunfähigkeit nicht einer bestimmten gesundheitlichen Einschränkung zugewiesen werden kann. Auch stimmt die medizinisch attestierte AUF nicht notwendigerweise mit der Wahrnehmung der Betroffenen und dem tatsächlich geleisteten Erwerbsumfang überein.

Es zeigt sich, dass bei einigen der identifizierten Long-Covid-Fällen eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit rasch erfolgt und der Anteil der Personen, der weiterhin 100% arbeitsunfähig ist, innerhalb von 3 Monaten auf unter drei Viertel sinkt. Anschliessend verlangsamt sich die Abnahme. Bei der Hälfte (50%) der Long-Covid-Fälle ist spätestens nach rund 9-10 Monaten eine erstmalige Verbesserung der Arbeitsfähigkeit dokumentiert (vgl. gestrichelte Linie). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass bei der anderen Hälfte der Long-Covid-Fälle keine Verbesserung dokumentiert ist und diese auch nach 9-10 Monaten weiterhin voll arbeitsunfähig sind. Der Anteil ohne Verbesserung sinkt anschliessend nur noch leicht (auf ca. 40%) und es zeichnet sich eine Stagnation ab.

Abbildung 14: Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen der ersten und letzten dokumentierten



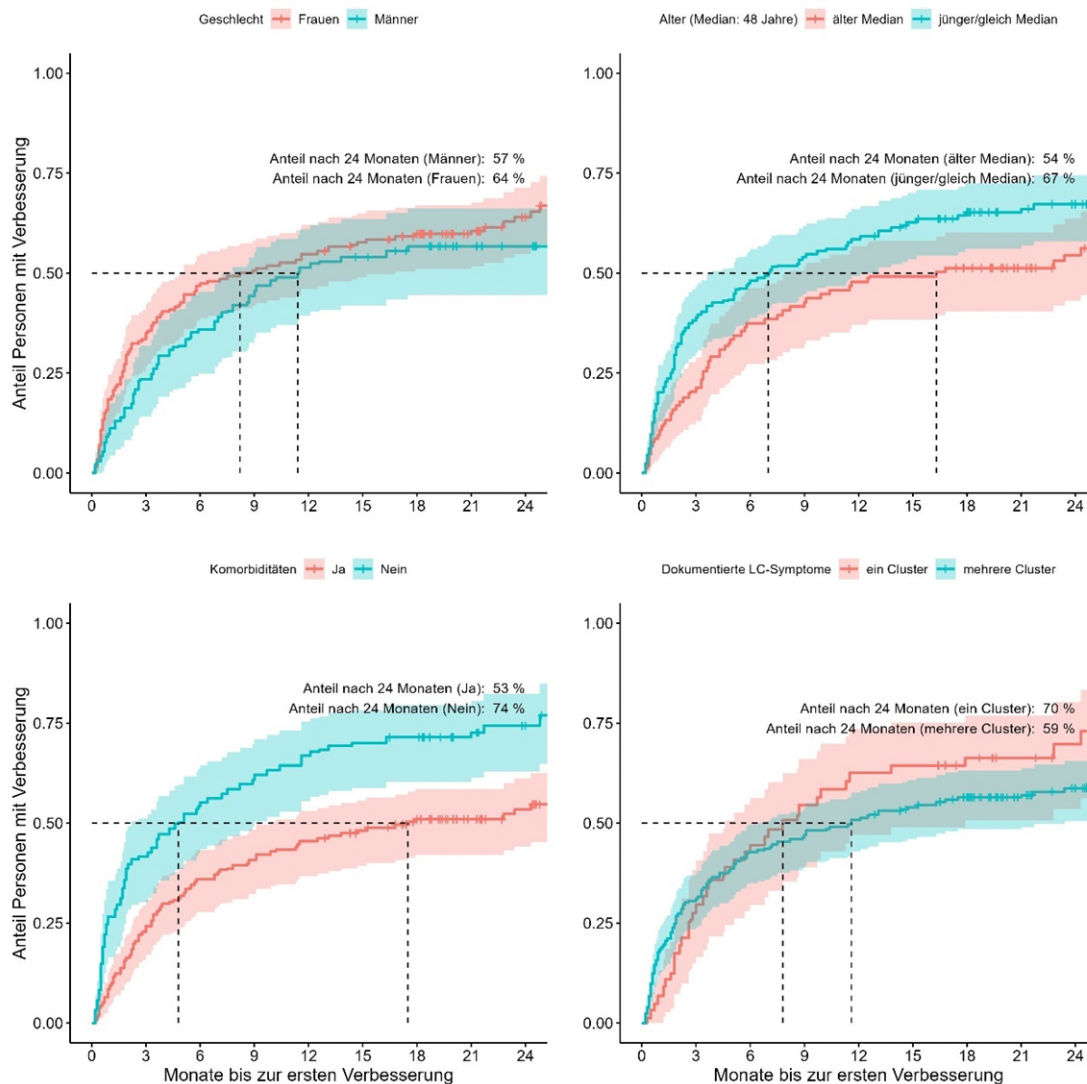
AUF

Lesebeispiel: Bei der Hälfte der Personen, die zunächst 100% arbeitsunfähig und bis zur letzten dokumentierten AUF eine Verbesserung haben, kann spätestens nach rund 9-10 Monaten eine erste Verbesserung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Anmerkung: die eingefärbten Flächen entsprechen dem 95%-Vertrauensintervall. Quelle: LC-2 Sample IV-Dossiers (nur Fälle mit einer ersten dokumentierten AUF von 100%). Berechnungen BASS

Weiter zeigt sich, dass rund 29% der Personen, die zunächst 100% arbeitsunfähig waren, gemäss der aktuellsten dokumentierten AUF wieder die volle Arbeitsfähigkeit erreicht haben (nicht dargestellt). Allerdings nimmt die Arbeitsunfähigkeit im Schnitt nach einer erstmaligen Verbesserung in einer späteren Phase wieder zu. Die Verbesserungen sind also teilweise nur von temporärer Dauer und die gesundheitliche Situation scheint zu schwanken.

Die **Entwicklung der Arbeitsfähigkeit für verschiedene Subgruppen** ist in **Abbildung 14** dargestellt. Bei Frauen nimmt der Anteil mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit schneller zu als bei Männern. Und nach rund 18 Monaten stagniert die Entwicklung bei den Männern, während sich bei den Frauen weiterhin eine Abnahme des Anteils mit 100% AUF zeigt. Die **geschlechtsspezifischen Unterschiede** sind aber insgesamt gering und die Vertrauensintervalle überschneiden sich stark. In Bezug auf die **altersspezifische Entwicklung** zeigt sich, dass sich die AUF bei jüngeren Personen (bis 48 Jahre) im Schnitt deutlich schneller verbessert als bei älteren Personen (älter als 48 Jahre). Bei 50% der Long-Covid-Fälle aus der jüngeren Altersgruppe ist spätestens nach rund 7 Monate eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit dokumentiert, während bei Betroffenen der älteren Altersgruppe diese Marke erst nach rund 16-17 Monaten erreicht wird und für das folgende halbe Jahr kaum mehr Verbesserungen dokumentiert sind. Allerdings überschneiden sich auch hier die Vertrauensintervalle über weite Strecken. Bezüglich der **medizinischen Situation** zeigt sich, dass sich die attestierte Arbeitsunfähigkeit bei Personen mit Komorbiditäten zu Long-Covid langsamer verbessert als bei Personen ohne Komorbiditäten. Die Unterschiede sind stark ausgeprägt (und die Vertrauensintervalle überschneiden sich weitgehend nicht) – allerdings nicht klar interpretierbar. So ist bspw. nicht bekannt, ob Komorbiditäten zu Long-Covid die Genesung tatsächlich verzögern oder hier nicht vielmehr das Alter (ältere Personen weisen häufiger Komorbiditäten auf) oder andere Faktoren ausschlaggebend sind. Ob Personen an Long-Covid-Symptomen aus nur einem oder aus zwei oder drei Symptomclustern leiden, führt zu keiner klar unterschiedlichen Entwicklung der AUF.

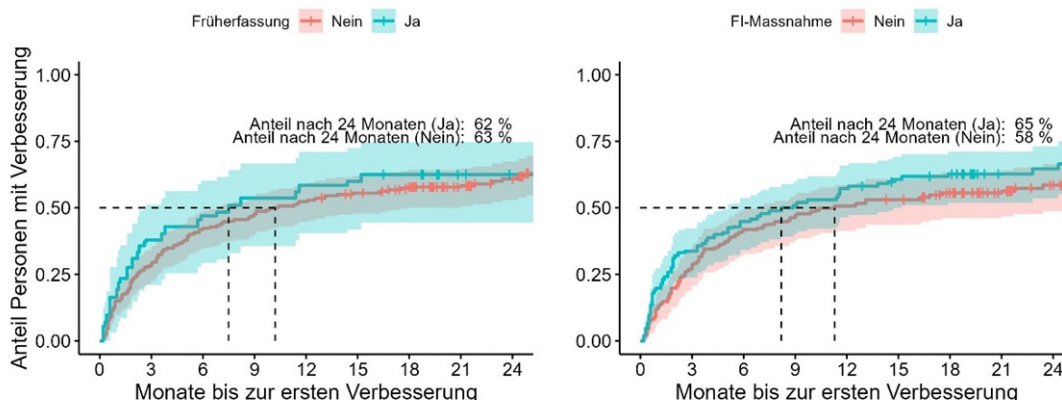
Abbildung 15: Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen der ersten und letzten dokumentierten AUF nach Geschlecht, Alter und medizinischer Situation



Lesebeispiel: Bei der Hälfte der Personen mit Komorbiditäten, die zunächst 100% arbeitsunfähig und bis zur letzten AUF eine Verbesserung dokumentiert ist, kann spätestens nach rund 17-18 Monaten eine erste Verbesserung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Anmerkung: die eingefärbten Flächen entsprechen dem 95%-Vertrauensintervall. Quelle: LC-2 Sample IV-Dossiers (nur Fälle mit einer ersten dokumentierten AUF von 100%). Berechnungen BASS

Abbildung 15 zeigt schliesslich, dass sich die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit bei Personen, die über die **Früherfassung** (FE) zur IV gelangten oder **FI-Massnahmen** erhalten haben, nur wenig von der Entwicklung bei Personen ohne FE bzw. ohne FI-Massnahmen unterscheidet.

Abbildung 16: Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen der ersten und letzten dokumentierten AUF nach Früherfassung und FI-Massnahmen



Lesebeispiel: Bei der Hälfte der Personen ohne Früherfassung, die zunächst 100% arbeitsunfähig und bei der letzten AUF-Meldung eine Verbesserung dokumentiert ist, kann spätestens nach rund 10 Monaten eine erste Verbesserung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Anmerkung: die eingefärbten Flächen entsprechen dem 95%-Vertrauensintervall.

Quelle: LC-2 Sample IV-Dossiers (nur Fälle mit einer ersten dokumentierten AUF von 100%). Berechnungen BASS

6.2 Stellenverlust

Insgesamt 24% der Long-Covid-Fälle, die sich nach der Covid-Infektion bei der IV angemeldet haben (LC2-Sample) und erwerbstätig waren, haben seit der Anmeldung ihre **Arbeitsstelle verloren (Tabelle 25)**. In Bezug auf das Geschlecht und die Region zeigen sich nur geringfügige Differenzen. Für das Alter zeigt sich, dass ein Stellenverlust insbesondere bei älteren Long-Covid-Betroffenen (56-65 Jahre) häufiger auftritt. Weiter sind Personen mit Komorbiditäten zu Long-Covid häufiger von einem Verlust der Arbeitsstelle betroffen. Ebenso Personen, welche sich direkt angemeldet haben und nicht über die Früherfassung zur IV gekommen sind.

Tabelle 25: Anteil Long-Covid-Fälle mit Stellenverlust seit IV-Anmeldung

	Erwerbstätige bei IV-Anmeldung		Anteil mit Stellenverlust seit IV-Anmeldung
	Anzahl	Anteil	Anteil
Total	254	89%	24%
Frauen	165	89%	23%
Männer	89	87%	25%
D-CH	190	88%	23%
LAT-CH	64	90%	25%
18-35	46	82%	22%
36-45	61	94%	16%
46-55	81	86%	23%
56-65	66	90%	30%
mit Komorbidität	161	88%	29%
ohne Komorbidität	93	88%	13%
Ohne Früherfassung	206	89%	25%
Mit Früherfassung	48	87%	17%
Ohne FI-Massnahmen	138	85%	24%
Mit FI-Massnahmen	115	93%	22%

Quelle: LC-2 Sample IV-Dossiers. Berechnungen BASS

6.3 Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse

Long-Covid-Betroffene sind häufig stark in ihrer Funktionalität eingeschränkt, wenn sie sich bei der IV anmelden. 9 von 10 Personen sind zu diesem Zeitpunkt 100% arbeitsunfähig. Zwar können bei

rund 60% im Zeitraum von 2 Jahren erste Verbesserungen in der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Ein erheblicher Anteil der Long-Covid-Betroffenen – insb. ältere Personen und Personen mit mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen – ist aber auch nach 2 Jahren noch zu 100% arbeitsunfähig. Generell zeigt sich, dass Verbesserungen entweder schnell oder dann aber kaum eintreten (d.h. die Verlaufskurve sinkt in den ersten 3 bis 6 Monaten vergleichsweise stark und anschliessend nur noch langsam). Aufgrund des beschränkten Beobachtungszeitraums ist nicht bekannt, wie häufig es nach kurzfristiger Besserung der Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht hin wieder zu Verschlechterungen kommt. Gemäss IVST sind erneute Anmeldungen nach einer erfolgreichen Eingliederung zwar bisher selten (vgl. Kap. 7.3). Aber auch hier ist der Erfahrungshorizont noch sehr kurz. Wie bereits zuvor erwähnt, ist eine weitere Limitierung bei der Analyse der Arbeitsunfähigkeit, dass diese nicht eindeutig bestimmten gesundheitlichen Beschwerden als Ursache zugewiesen werden kann.

Rund jede vierte von Long-Covid betroffene Person hat seit der Anmeldung bei der IV die Arbeitsstelle verloren. Dies in einem Zeitraum von einem bis zwei Jahren. Aus einer anderen Studie (Guggisberg et al. 2023) ist bekannt, dass erst 4 Jahre nach Anmeldung bei der IV knapp jede vierte Person nicht mehr erwerbstätig ist.

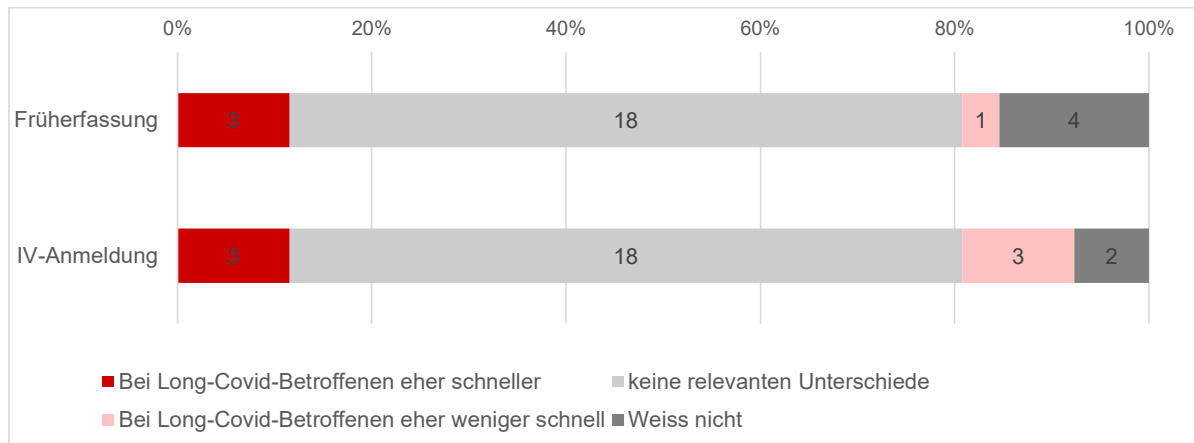
7 Einschätzungen und Erfahrungen der IV-Stellen und RAD

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung der IV-Stellen (IVST) und der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) dargestellt.

7.1 Auswirkungen auf die Fallzahlen und Arbeitsbelastung

Die IVST können aufgrund von Long-Covid keinen merklichen Anstieg bei den Erst- oder Wiederanmeldungen von Personen bei der IV feststellen. Die Mehrheit der IVST hat ausserdem den Eindruck, dass sich der **Zeitpunkt einer Früherfassung oder IV-Anmeldung** von Personen mit Long-Covid-Beschwerden nicht von anderen Fällen unterscheidet (**Abbildung 16**). Nur Einzelne sind der Ansicht, dass Long-Covid-Betroffene tendenziell länger bzw. weniger lange warten mit einer FE oder IV-Anmeldung.

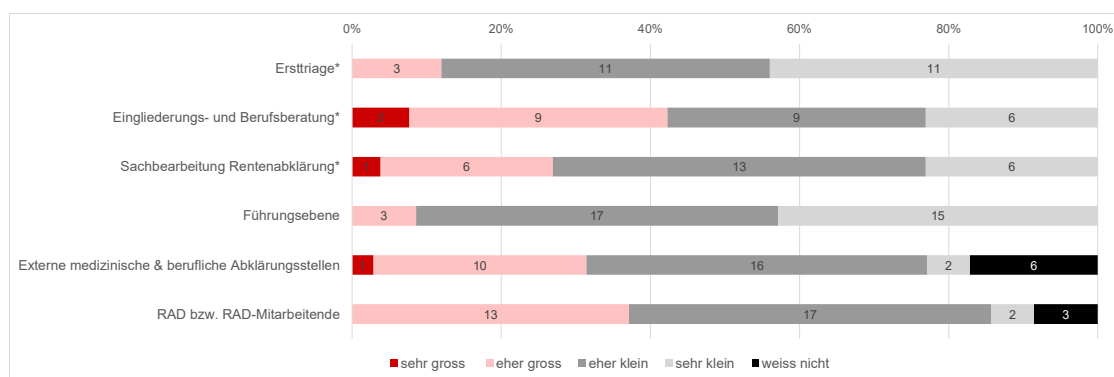
Abbildung 17: Zeitpunkt der Früherfassung und IV-Anmeldung von Long-Covid-Betroffenen im Vergleich zu Personen mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen



Quelle: Befragung IVST 2023. Berechnungen BASS

Eine Zunahme der **Arbeitsbelastung** aufgrund von Personen mit Long-Covid-Beschwerden wird primär bei der Eingliederungs- und Berufsberatung und in einem etwas geringeren Ausmass bei den RAD und externen medizinischen oder beruflichen Abklärungsstellen festgestellt (**Abbildung 17**). Nur wenige sehen bei der Ersttriage und auf Führungsebene der IVST bzw. RAD einen Anstieg der Arbeitsbelastung auf Grund der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen. Ausserdem ist in Bezug auf alle abgefragten Bereiche jeweils mehr als die Hälfte der IVST bzw. RAD der Ansicht, dass Long-Covid kaum eine Auswirkung auf die Arbeitsbelastung hat oder können die Auswirkungen nicht beurteilen («weiss nicht»).

Abbildung 18: Auswirkungen von Long-Covid auf die Arbeitsbelastung

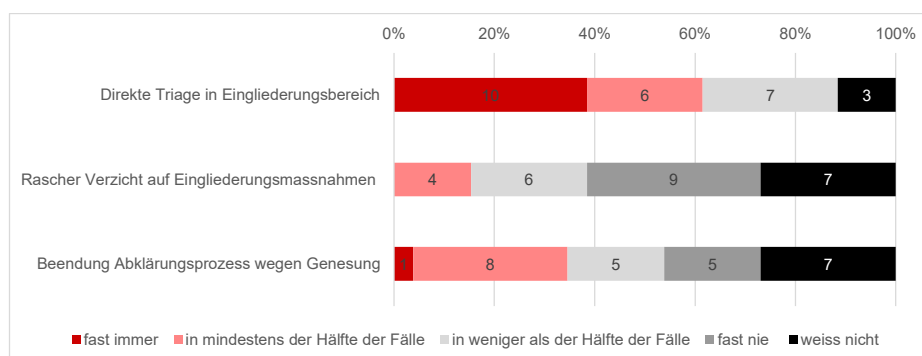


Anmerkung: * nur bei IVST erhoben. Quelle: Befragung IVST / RAD 2023. Berechnungen BASS

7.2 Abklärungsprozess

Abbildung 18 zeigt, dass gemäss Einschätzungen der IVST bei Long-Covid-Betroffenen nach dem Erstgespräch eine direkte **Triage** in den Eingliederungsbereich verbreitet ist. Seltener wird rasch auf Eingliederungsmassnahmen verzichtet und mit der Prüfung des Rentenanspruchs begonnen. Rund ein Drittel (9) der IVST haben die Erfahrung gemacht, dass eine Beendigung des **Abklärungsprozesses** aufgrund der Genesung der versicherten Person verbreitet ist und schätzungsweise mind. die Hälfte der Long-Covid-Fälle betrifft. Aus **Abbildung 18** geht allerdings auch hervor, dass jeweils ein erheblicher Anteil der IVST keine Einschätzung abgeben konnte («weiss nicht»).

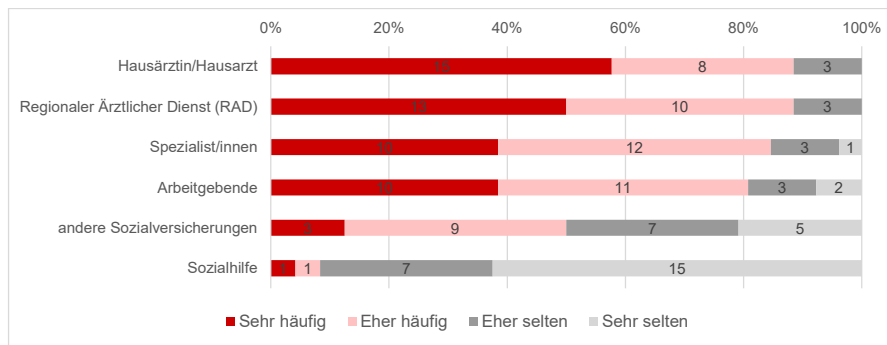
Abbildung 19: Ablauf Abklärungsprozess bei Long-Covid-Betroffenen



Quelle: Befragung IVST 2023. Berechnungen BASS

Die relevanten **Schnittstellen** bei der Abklärung von Personen mit Long-Covid-Beschwerden sind die Hausärztinnen und Hausärzte, die RAD und. Spezialärztinnen und -ärzte (**Abbildung 19**). Jeweils fast alle IVST (23 bzw. 22) gaben an, dass mit diesen Akteuren eher oder sehr häufig zusammengearbeitet wird. Vielfach wurden auch die Arbeitgebenden als wichtige Ansprechpartner genannt. Weniger intensiv scheint bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen die Zusammenarbeit mit der Sozialhilfe.

Abbildung 20: Schnittstellen bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen

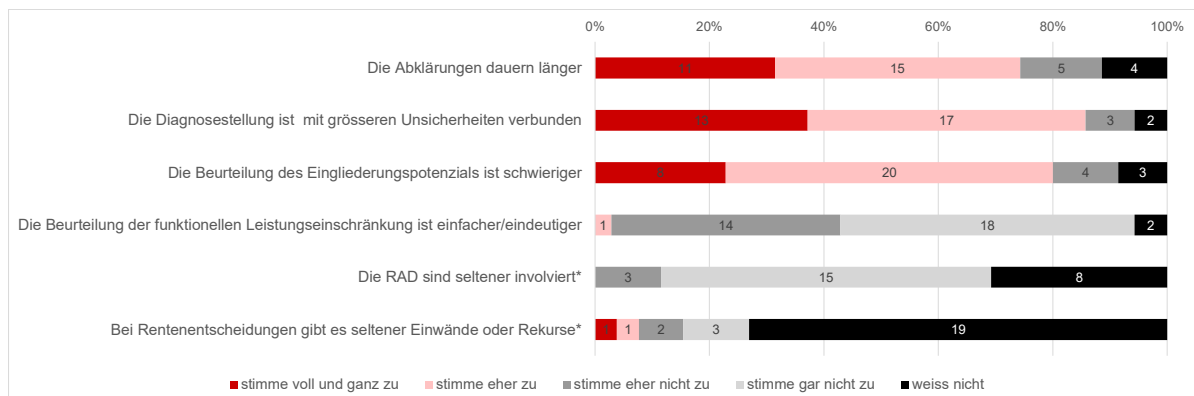


Quelle: Befragung IVST 2023. Berechnungen BASS

Insgesamt ist die grosse Mehrheit der IVST der Ansicht, dass sich weder die Ersttriage noch die Schnittstellen bei Long-Covid-Betroffenen wesentlich von denjenigen bei anderen versicherten Personen unterscheiden. Nur gerade eine IVST stellt fest, dass bei Long-Covid-Betroffenen eher in die Eingliederung triagiert werde und diese tendenziell mehr Zeit in Anspruch nehmen, da es einen schrittweisen und langen Aufbau brauche. 3 IVST stellen **Unterschiede bei den Schnittstellen** fest. Im Vergleich zu einem durchschnittlichen Fall seien bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen mehr medizinische Fachdisziplinen involviert, es erfolge ein häufiger Wechsel von medizinischen Spezialist/innen und Abklärungsstellen und es sei in der Regel eine intensivere und längere Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Akteuren notwendig.

Bisher haben nur 2 IVST und 2 RAD relevante Anpassungen beim Abklärungsprozess feststellen können. Viele IVST und auch die RAD sind jedoch der Ansicht, dass der **Abklärungsprozess** bei Long-Covid-Betroffenen tendenziell länger dauert und die Diagnosestellung sowie die Beurteilung des Eingliederungspotenziales mit grösseren Unsicherheiten verbunden sind (**Abbildung 20**). In dieselbe Richtung gehen die Einschätzungen zur Beurteilung der funktionellen Leistungseinschränkung. Hier ist mit Ausnahme einer IVST niemand der Ansicht, dass diese bei Long-Covid-Betroffenen einfacher und eindeutiger erfolgen kann. In Bezug auf die Reaktionen der Versicherten auf Rentenentscheidungen fehlen bisher offenbar häufig die entsprechenden Erfahrungen. Eine grosse Mehrheit der IVST (19) kann nicht beurteilen, ob es bei Long-Covid-Betroffenen mehr Einwände und Rekurse gibt.

Abbildung 21: Einschätzungen zu Unterschieden im Abklärungsprozess von Long-Covid-Betroffenen im Vergleich zu Personen mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen



Anmerkung: * nur bei IVST erhoben. Quelle: Befragung IVST / RAD 2023. Berechnungen BASS

Die RAD wurde danach gefragt, von welchen **Akteuren** sie bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen eine Einschätzung als besonders relevant erachten. **Tabelle 26** zeigt die Anzahl Nennungen «sehr wichtig» und «eher wichtig» pro Akteur. An erster Stelle wurden von allen RAD Spezialistinnen und Spezialisten genannt. Ebenfalls eine hohe Relevanz haben die Einschätzungen durch Fachpersonen der Long-Covid Sprechstunden und der Rehabilitationskliniken. Vergleichsweise etwas weniger häufig, aber immer noch von jeweils mehr als der Hälfte der RAD, wurden psychologische Fachpersonen und die Arbeitsgebenden genannt.

Tabelle 26: Relevante Akteure bei der medizinischen Abklärung von Long-Covid-Betroffenen

Akteure	Anzahl Nennungen «sehr wichtig» oder «eher wichtig»
Spezialist/innen	9
Long-Covid Sprechstunde	8
Rehabilitationskliniken	8
Hausärztin / Hausarzt	7
Arbeitgebende	6
Psychologische Fachperson	5

Quelle: Befragung RAD 2023. Berechnungen BASS

Ein Drittel (31% bzw. 11) der IVST und RAD verwenden für die Abklärung der funktionellen Leistungseinschränkung bei Long-Covid-Betroffenen häufiger das **strukturierte Beweisverfahren** als die objektiv diagnostizierte Messung (Bildgebung, Labor, vgl. rechte Seite der **Tabelle 27**). Etwas häufiger (37% bzw. 13) kommen beide Verfahren ähnlich oft zum Einsatz. Nur bei einer Minderheit der IVST bzw. RAD wird häufiger mit der objektiv diagnostizierten Messung abgeklärt. Rund die Hälfte der Befragten (17 bzw. 49%) ist der Ansicht, dass sich das strukturierte Beweisverfahren gut oder sehr gut zur Abklärung der funktionellen Leistungseinschränkung bei Long-Covid-Betroffenen eignet (vgl. linke Seite der Tabelle 27). Für 9 IVST und RAD eignet sich das Verfahren nicht in allen Fällen und 3 beurteilen die Eignung insgesamt eher kritisch. Die Bewertungen durch die IVST und RAD fallen insgesamt ähnlich aus. Allerdings zeigt sich, dass die IVST häufiger keine Einschätzung abgeben können (je 6), während alle RAD die Relevanz und Eignung des strukturierten Beweisverfahrens beurteilt haben.

Tabelle 27: Häufigkeit der Anwendung und Eignung des strukturierten Beweisverfahrens zur Abklärung der funktionellen Leistungseinschränkung bei Long-Covid-Betroffenen

Anwendung	Eignung				
	Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Strukturiertes Beweisverfahren häufiger	11	31%	gut oder sehr gut	17	49%
Beide Verfahren etwa gleich häufig	13	37%	teils, teils	9	26%
Objektiv diagnostizierte Messung häufiger	5	14%	weniger oder überhaupt nicht gut	3	9%
Kann ich nicht beurteilen	6	17%	Kann ich nicht beurteilen	6	17%

Quelle: Befragung IVST / RAD 2023. Berechnungen BASS

Knapp die Hälfte (11) der IVST orientiert sich bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen an den **«Empfehlungen für die versicherungsmedizinische Abklärung in der Schweiz bei Post-Covid-19-Erkrankungen»**. Davon bewerten 8 diese als eher hilfreich. Die 14 IVST, welche gemäss Angaben nicht mit den Empfehlungen arbeiten, kennen diese in der Regel nicht oder können aufgrund fehlender Erfahrung keine Einschätzung dazu abgeben (10 Nennungen) oder erachten diese als nicht hilfreich (4 Nennungen). Die negativen Einschätzungen werden damit begründet, dass die

Empfehlungen zu theoretisch seien oder andere Instrumente wie etwa das strukturierte Beweisverfahren relevanter wären.

Dagegen arbeitet kein RAD mit dem **EPOCA** («Erfassungsbogen für Post-Covid Assessment», welcher Teil der Empfehlungen ist). Gründe dafür sind laut Angaben der RAD, dass dieser zu wenig praktikabel sei, weil sehr zeitintensiv und in weiten Teilen subjektiv. Das Instrument würde sich besser für die behandelnden medizinischen Fachpersonen eignen (z.B. Long-Covid Sprechstunde, Hausärzte), aber auch diese würden kaum mit dem Bogen arbeiten. Zwei Drittel der RAD (6) schätzen den Erfassungsbogen für die Abklärung von Long-Covid-Betroffenen als eher nicht hilfreich ein.

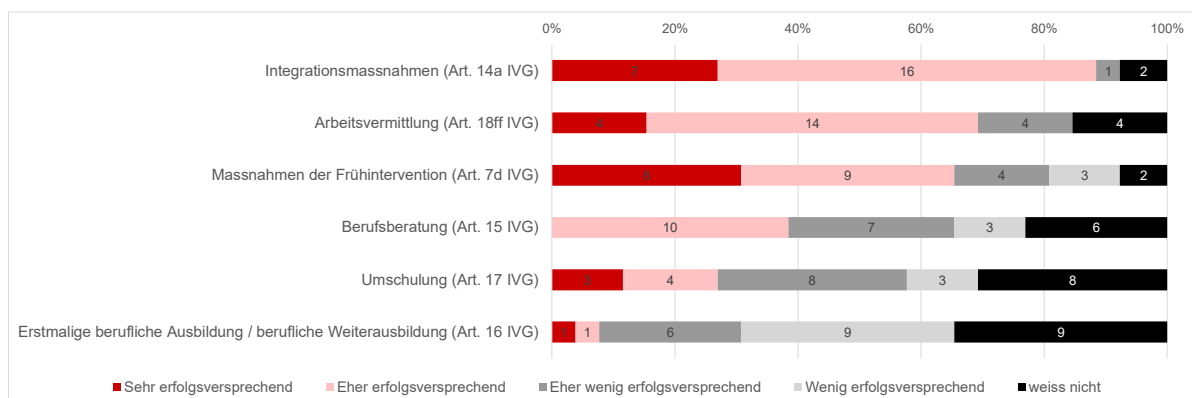
7 der befragten IVST und 3 RAD haben für die Abklärung von Long-Covid-Betroffenen spezifische Instrumente entwickelt. Es handelt sich dabei in der Regel um die Definition von internen Abläufen und Vorgaben oder es wurden Schulungen zu Long-Covid durchgeführt. Eine IVST hat ein Tool zur Nachverfolgung von den Long-Covid-Fällen implementiert und ein RAD hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet.

7.3 Ergebnisse des IV-Verfahrens und Handlungsbedarf

Die Hälfte (13) der IVST gibt an, dass es bereits heute mit den aktuell zur Verfügung stehenden Massnahmen häufig oder sehr häufig gelingt, Long-Covid-Erkrankte im angestammten oder in einem neuen Beruf einzugliedern. Und bisher sind nur einer IVST Fälle von Long-Covid-Betroffenen bekannt, die sich nach einer erfolgreichen Eingliederung erneut bei der IV gemeldet haben. Jedoch können 9 IVST den Eingliederungserfolg (noch) nicht beurteilen.

Abbildung 21 zeigt, wie die IVST die verschiedenen Massnahmen der IV hinsichtlich ihres **Eingliederungspotenzials** von Long-Covid-Betroffenen beurteilen. Besonders relevant scheinen die Integrationsmassnahmen zu sein. Bis auf drei der befragten IVST sind alle der Meinung, dass diese Massnahmen bei der Eingliederung von Long-Covid-Betroffenen sehr oder eher erfolgsversprechend sind. Die Massnahmen in den Bereichen der Arbeitsvermittlung und der Frühintervention werden ebenfalls von einer deutlichen Mehrheit hinsichtlich des Eingliederungspotenzials positiv bewertet. Weniger hilfreich sind gemäss Einschätzungen der IVST die berufliche Erst- oder Weiterbausbildung bzw. kann rund ein Drittel (9) das Eingliederungspotenzial dieser Massnahmen nicht abschätzen.

Abbildung 22: Einschätzung zum Eingliederungspotenzial der IV-Massnahmen



Quelle: Befragung IVST 2023. Berechnungen BASS

Die grosse Mehrheit der Antwortenden IVST (21) ist der Ansicht, dass sie insgesamt gut oder sehr gut aufgestellt sind, um die Leistungsansprüche von Long-Covid-Betroffenen abzuklären und zu beurteilen. Die Beurteilung der RAD fallen diesbezüglich etwas kritischer aus; 5 RAD haben mit «teils,

teils» und 4 mit «eher gut» geantwortet. So sind es primär auch die RAD, welche bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen **Handlungsbedarf** verorten, während je nur 3 IVST eine Erweiterung der Kompetenzen, neu Abklärungsinstrumente oder Unterstützungsmassnahmen befürworten (vgl. **Tabelle 28**).

Tabelle 28: Anzahl IVST und RAD, die bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen Handlungsbedarf sehen

Erforderliche Anpassungen	IVST	RAD
Erweiterung der Kompetenzen bei den IVST / RAD: - Schulung und Fortbildung des Personals	3	5
Neue Instrumente für die Abklärung: - Versicherungsmedizinische Leitlinien - Messbarkeit/Objektivierung von subjektiven Empfindungen (z.B. Fatigue)	3	3
Neue Massnahme für die Unterstützung Betroffener: - Mehr personelle Ressourcen - Niederschwellige Eingliederungsmassnahmen (ab 1h/Tag) - Befristete Renten	3	3

Quelle: Befragung IVST / RAD 2023. Berechnungen BASS

Gefragt nach den **grössten Herausforderungen** im Zusammenhang mit Long-Covid-Erkrankungen, nennen viele IVST und RAD die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Bei Long-Covid handelt es sich um ein noch wenig erforschtes Krankheitsbild bei welchen die Beschwerden häufig nicht objektivierbar und die Therapiemöglichkeiten sowie die Langzeitfolgen unklar sind. Zudem sei es vielfach schwierig festzustellen, welche Beschwerden auf eine Covid-Infektion zurückzuführen sind und welche einen anderen Ursprung haben. Hierzu verweisen mehrere Befragte auf die Wartezeiten für polydisziplinäre Gutachten, die bei der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen besonders häufig angefordert würden. Entsprechend daure auch der Eingliederungsprozess länger und der Beratungsaufwand sei höher. Erschwerend komme hinzu, dass bezüglich der Abklärung von Long-Covid-Betroffenen die Erfahrung fehle und insbesondere zu Beginn mit viel Unsicherheiten verbunden war. Auch würden IV-Mitarbeitende viel Aufklärungsarbeiten bei den Arbeitgebenden leisten, da dort häufig das Wissen und teilweise das Verständnis für den oftmals langwierigen Genesungsprozess fehle.

Einige IVST und RAD betonen jedoch auch, dass es insgesamt ähnliche Herausforderungen sind wie bei anderen Krankheiten mit unspezifischen und wechselnden Beschwerdebildern (z.B. Fibromyalgie, Schleudertrauma, psychische Erkrankungen). Es wird auch darauf hingewiesen, dass aufgrund der kleinen Fallzahlen der durchschnittlich höhere Abklärungsaufwand bewältigbar sei. Wenn die Anzahl Long-Covid-Betroffener aber ansteige, würden die IV-Stellen vermutlich an Kapazitätsgrenzen stossen. Schliesslich sind einzelne IVST der Ansicht, dass es keine spezifischen Herausforderungen gibt.

7.4 Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse

Rund 4 Jahre nach Ausbruch der Pandemie in der Schweiz können die meisten IV-Stellen keinen merklichen Anstieg der Fallzahl oder direkte Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden feststellen. Diese Einschätzungen widerspiegeln sich in den statistischen Analysen, wonach Long-Covid-Betroffene lediglich einen kleinen und tendenziell sinkenden Anteil an allen Neuansmeldungen bei der IV ausmachen (vgl. Kap. 0). Die IV-Stellen sind generell der Ansicht, auch ohne spezifische Anpassungen am Prozess gut aufgestellt zu sein, um die Leistungsansprüche bei Long-Covid abzuklären und die Betroffenen zu unterstützen. Die Folgen von Long-Covid würden sich bisher primär darin zeigen, dass die Abklärung von Betroffenen tendenziell ressourcenintensiver und

teilweise mit grossen Unsicherheiten verbunden ist (Diagnosestellung, Beurteilung der funktionellen Leistungseinschränkung, Eingliederungspotenzial). Zu diesen spezifischen Herausforderungen passt, dass eine grosse Mehrheit der Long-Covid-Fälle bei der IV von Fatigue/Belastungsintoleranz betroffen ist (vgl. Kap. 4.5), wo die Symptome schwer objektivierbar und deshalb nicht einfach in der Abklärung sind. Auch scheint die grosse Bedeutung der Integrationsmassnahmen bei Long-Covid-Betroffenen plausibel, da diese niederschwellig sind und insbesondere an den Bedürfnissen von Personen mit Fatigue/Belastungsintoleranz ausgerichtet sind. Selbst wenn Long-Covid soweit für viele IV-Stellen (quantitativ) eher eine Randerscheinung sein mag, hat die Befragung der IV-Stellen und RAD auch gezeigt, dass die Befragten die längerfristigen Folgen für die IV nur sehr schwer abschätzen können und es dafür auch noch zu früh ist. Dies zeigt sich u.a. auch daran, dass insbesondere bei Fragen zu den Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung die Antwortkategorie «weiss nicht/kann ich nicht beurteilen» vergleichsweise häufig gewählt wurde.

8 Schlussfolgerungen und Fazit

Im Rahmen dieses Mandats wurde der aktuelle Wissensstand zu Long-Covid-Erkrankungen in knapper und übersichtmässiger Form aufgearbeitet und dort wo möglich in Zusammenhang mit den empirisch ermittelten Ergebnissen zu den Long-Covid-Betroffenen bei der IV gebracht. Die Datengrundlage erlaubt eine vorläufige Bilanz zur Anzahl Long-Covid-Betroffener, die sich bei der IV angemeldet haben und den ihnen von der IV bisher zugesprochenen Leistungen und Massnahmen aus den Bereichen Abklärung, Eingliederung und Renten (Stand Ende 2023). Die Bildung einer Referenzgruppe aus Personen ohne Long-Covid, die sich in derselben Periode bei der IV angemeldet haben wie die Long-Covid-Betroffenen, ermöglicht eine Einordnung der Ergebnisse zur Anzahl, Geschwindigkeit und Kosten der Leistungszusprachen für Long-Covid-Betroffene. Die mittels Onlineerhebung abgeholten Erfahrungen zum Abklärungsprozess bei Long-Covid-Betroffenen aus den IV-Stellen vervollständigen das Bild zu den Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung. Nicht Gegenstand der Untersuchung war eine Analyse und Beurteilung der Qualität der Prozesse, Entscheide und Leistungsgutsprachen noch wurde untersucht, wie die Betroffenen die Unterstützung durch die IV wahrnehmen.

Per Ende 2023 ist von rund 2'900 Long-Covid-Betroffenen auszugehen, die bei der IV angemeldet sind. Davon dürfte es sich bei rund 2'500 Betroffenen um neue IV-Fälle handeln, d.h. um Personen, die vor der Covid-Infektion keinen Kontakt mit der IV hatten. Long-Covid-Fälle bei der IV haben ab Anfang 2021 stetig zugenommen und sind seit Ende 2022 wieder rückläufig. Sie machen rund 1.8% (alle Fälle) bzw. 1.6% (neue Fälle, d.h. nur Long-Covid-Fälle mit Neuanschuldung bei der IV) am Total aller IV-Neuanmeldungen in diesem Zeitraum aus. Weil für die Studie nur jene Long-Covid-Fälle identifiziert werden konnten, die per August 2023 in den Dossiers eine medizinische Stellungnahme enthalten haben, in welcher eine Long-Covid-Erkrankung festgestellt oder zumindest explizit vermutet wird, ist es möglich, dass die Zahl der Long-Covid-Betroffenen bei der IV in dieser Studie unterschätzt wird. So gibt es rund 1'000 Fälle aus dem Covid-Monitoring 2021/2022, bei denen zum Zeitpunkt der Durchführung der Dossieranalyse (noch) keine klaren Hinweise auf Long-Covid-Symptome vorhanden waren. Es ist möglich, dass zumindest für einen Teil dieser Fälle in der Zwischenzeit klare medizinische Befunde für Long-Covid-Beschwerden vorliegen. Weiter ist davon auszugehen, dass gewisse Long-Covid-Betroffenen sich erst mit einer längeren Verzögerung oder gar nicht bei der IV anmelden und deshalb (noch) nicht in den verfügbaren Daten auftauchen. Wie gross genau diese Zahl ist, lässt sich nicht abschätzen.

Die Long-Covid-Betroffenen bei der IV stammen aus allen Altersgruppen, Frauen sind häufiger als Männer betroffen, Gesunde ebenso wie chronisch Kranke. Ein Viertel der identifizierten Long-Covid-Fälle hatte einen schweren akuten Covid-Verlauf mit Hospitalisierung, bei drei Vierteln zeigte sich kein schwerwiegender Verlauf der Covid-Infektion.

Medizinisch zeigt sich bei den Long-Covid-Fällen der IV ein Bild von mehrheitlich schwer kranken Patient/innen, die stark in ihrer Funktionalität eingeschränkt sind. Rund um den Anmeldezeitpunkt sind 9 von 10 der Betroffenen zu 100% arbeitsunfähig. Die Betroffenen leiden zur grossen Mehrheit (85%) an Fatigue/Belastungsintoleranz, meist in Kombination mit weiteren Beschwerden aus dem Symptomcluster neuro-kognitive Störungen oder – etwas weniger – mit Beschwerden der Atmung und des Herz-Kreislaufsystems. Ein beträchtlicher Teil der Long-Covid-Fälle bei der IV dürfte demnach an Beschwerden vom Typ Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom (ME/CFS) leiden. ME/CFS ist eine komplexe und schwerwiegende chronische Erkrankung, die durch anhaltende Müdigkeit, Schmerzen, kognitive Einschränkungen und eine Verschlechterung der

Symptome nach Anstrengung gekennzeichnet ist. Bei Fatigue/Belastungsintoleranz ist Schonung bzw. das sog. «Pacing» angezeigt, da forcierte Aktivitäten über das individuell erträgliche Mass zu dauernder Zustandsverschlechterung führen können. Dies ist auch im Hinblick auf Eingliederungsmassnahmen zu beachten.

Bezüglich Anzahl, Geschwindigkeit und Kosten von Zusprachen von Massnahmen hat sich gezeigt, dass für Long-Covid-Betroffene im Vergleich zur Referenzgruppe von Personen ohne Long-Covid mehr medizinische oder berufliche Abklärungsmassnahmen verfügt werden, was ein Indiz dafür ist, dass die medizinische Situation bei Long-Covid-Betroffenen komplexer ist. Long-Covid-Betroffene erhalten von der Invalidenversicherung im Vergleich zu Personen ohne Long-Covid in der Tendenz auch etwas mehr unterstützende Massnahmen zur Eingliederung (Frühinterventionsmassnahmen, Integrationsmassnahmen und berufliche Massnahmen), was darauf hindeutet, dass Long-Covid-Betroffene mit vergleichsweise starken Einschränkungen konfrontiert sind. Die durchschnittlichen Kosten pro Bezüger/in und die Dauer bis zur ersten Massnahme sind für Personen mit Long-Covid vergleichbar mit der Referenzgruppe, also mit Personen ohne Long-Covid.

Stand Dezember 2023 bezogen rund 12% der Personen aus dem Long-Covid Sample (LC2-Sample) eine Rente. Von den knapp 1'800 Neuanmeldungen mit Long-Covid aus der Periode 2021/2022 dürften demnach Stand Ende Dezember 2023 rund 200 schon eine Rente zugesprochen erhalten, wogegen für die rund 700 Neuanmeldungen aus dem 2023 aufgrund der kurzen Zeitdauer noch kaum Rentenverfügungen vorliegen. Anteilsmässig sind dies im Vergleich zur Referenzgruppe aus der Periode 2021/2022 etwas mehr, bei der 9% eine Rente bezogen. Darin widerspiegelt sich, dass es sich bei den Long-Covid-Fällen in der IV um eine Gruppe handelt, die vergleichsweise mit schweren und dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert ist. Unabhängig davon, ob mit oder ohne Long-Covid, erhalten Männer innerhalb der betrachteten Periode häufiger einer Rente zugesprochen als Frauen, jüngere Person seltener als ältere und die Quote von Personen aus der lateinischen Schweiz ist im Vergleich zur Deutschschweiz höher. Die Unterschiede sind jedoch im Long-Covid Sample (LC2-Sample) ausgeprägter als in der Referenzgruppe.

Gemäss Umfrage bei den 26 kantonalen IV-Stellen sind die meisten IV-Stellen der Meinung, dass eine Abklärung von Long-Covid-Betroffenen mit den bestehenden Instrumenten möglich ist und es wird nur vereinzelt Handlungsbedarf geäussert. Jedoch sei die Abklärung von Long-Covid-Betroffenen in der Regel aufwändiger und mit grösseren Unsicherheiten verbunden (Diagnosestellung, Beurteilung der funktionellen Leistungseinschränkung, Eingliederungspotenzial).

Da weder für Long-Covid noch für ME/CFS zurzeit eine etablierte wirksame Therapie zur Verfügung steht und die Prognosen für diese Erkrankungen schlecht sind (Renz-Polster & Scheibenbogen, 2022), ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand bei einem Teil der Long-Covid-Betroffenen mittel- wie längerfristig kaum verbessert und die Betroffenen lebenslang mit diesen chronischen Beschwerden leben müssen. Eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten ist zudem oft nicht gewährleistet. Gesundheitssysteme- und Systeme der sozialen Sicherheit weltweit suchen Lösungen, wie mit dieser neuen Erkrankung umgegangen und den Betroffenen besser geholfen werden kann (Economist, 2024). Für die IV bedeutet dies, dass Long-Covid ein neues, ernstzunehmendes Krankheitsbild darstellt, das eine beträchtliche Krankheitslast verursacht. Eine Vorhersage der längerfristigen Entwicklung der Zahl von Neurenten aufgrund von Long-Covid ist schwierig. Die Anzahl zusätzlicher Neurenten ist aber in Relation zu den übrigen IV-Renten (Bestand 2023:

251'000)²⁴ und jährlichen Neurenten (2023: 22'300)²⁵ als eher gering einzustufen. Da Varianten des SARS-CoV-2 weiterhin zirkulieren werden, besteht durchaus das Risiko, dass sich die Neuerkrankungen etwa auf dem aktuellen Niveau halten werden.

²⁴ BSV (2024): IV-Statistik 2023

²⁵ BSV (2024): IV-Statistik 2023

9 Literaturverzeichnis

- Antonelli, M., Pujol, J. C., Spector, T. D., Ourselin, S., & Steves, C. J. (2022a). Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2. *The Lancet*, 399(10343), 2263–2264. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00941-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00941-2)
- Antonelli, M., Pujol, J. C., Spector, T. D., Ourselin, S., & Steves, C. J. (2022b). Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2. *The Lancet*, 399(10343), 2263–2264. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00941-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00941-2)
- Atchison, C. J., Davies, B., Cooper, E., Lound, A., Whitaker, M., Hampshire, A., Azor, A., Donnelly, C. A., Chadeau-Hyam, M., Cooke, G. S., Ward, H., & Elliott, P. (2023). Long-term health impacts of COVID-19 among 242,712 adults in England. *Nature Communications*, 14(1), 6588. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-41879-2>
- BAG, FMH, Inselspital Bern & Universitätsspitaler Genf (Hrsg.)). (2023). *Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung bei einer Post-Covid-19-Erkrankung Schweiz*.
- Ballouz, T., Menges, D., Anagnostopoulos, A., Domenghino, A., Aschmann, H. E., Frei, A., Fehr, J. S., & Puhan, M. A. (2023). Recovery and symptom trajectories up to two years after SARS-CoV-2 infection: Population based, longitudinal cohort study. *BMJ*, 381, e074425. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074425>
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2023): IV-Statistik 2023. Elektronische Publikation: www.iv.bsv.admin.ch
- Cairns, R., & Hotopf, M. (2005). A systematic review describing the prognosis of chronic fatigue syndrome. *Occupational Medicine*, 55(1), 20–31. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqi013>
- Canas, L. S., Molteni, E., Deng, J., Sudre, C. H., Murray, B., Kerfoot, E., Antonelli, M., Rjoob, K., Pujol, J. C., Polidori, L., May, A., Österdahl, M. F., Whiston, R., Cheetham, N. J., Bowyer, V., Spector, T. D., Hammers, A., Duncan, E. L., Ourselin, S., ... Modat, M. (2023). Profiling post-COVID-19 condition across different variants of SARS-CoV-2: A prospective longitudinal study in unvaccinated wild-type, unvaccinated alpha-variant, and vaccinated delta-variant populations. *The Lancet Digital Health*, 5(7), e421–e434. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00056-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00056-0)
- Carfi, A., Bernabei, R., Landi, F., & for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*, 324(6), 603–605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
- Català, M., Mercadé-Besora, N., Kolde, R., Trinh, N. T., Roel, E., Burn, E., Rathod-Mistry, T., Kostka, K., Man, W. Y., Delmestri, A., Nordeng, H., Uuskula, A., Duarte-Salles, T., Prieto-Alhambra, D., & Jodicke, A. (2023). *The Effectiveness of COVID-19 Vaccines to Prevent Long COVID Symptoms: Staggered Cohort Analyses of Data from the UK, Spain, and Estonia* (SSRN Scholarly Paper 4474215). <https://doi.org/10.2139/ssrn.4474215>
- Cervia-Hasler, C., Brüningk, S. C., Hoch, T., Fan, B., Muzio, G., Thompson, R. C., Ceglarek, L., Medledin, R., Westermann, P., Emmenegger, M., Taeschler, P., Zurbuchen, Y., Pons, M., Menges, D., Ballouz, T., Cervia-Hasler, S., Adamo, S., Merad, M., Charney, A. W., ... Boyman, O. (2024). Persistent complement dysregulation with signs of thromboinflammation in active Long Covid. *Science*, 383(6680), eadg7942. <https://doi.org/10.1126/science.adg7942>
- Davis, H. E., McCorkell, L., Vogel, J. M., & Topol, E. J. (2023). Long COVID: Major findings, mechanisms and recommendations. *Nature Reviews Microbiology*, 21(3), Article 3. <https://doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2>

- Economist, T. (2024). An incomplete picture: Understanding the burden of long Covid. *The Economist*. <https://impact.economist.com/perspectives/health/incomplete-picture-understanding-burden-long-covid>
- Global Burden of Disease Long COVID Collaborators. (2022). Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021. *JAMA*, 328(16), 1604–1615. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.18931>
- Guggisberg, J., Bischof, S., Jäggi, J., Stocker, D. (2015). FoP2-IV: Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP2-IV Forschungsbericht Nr. 18/15, Bern.
- Guggisberg, J., Kaderli, T. (2023). FoP2-IV: Eingliederung in der IV: Statistische Analysen Neuanmeldekohorten 2008–2017. Bundesamt für Sozialversicherungen [Hrsg.], FoP2-IV Forschungsbericht Nr. 05/23 Bern.
- IVSK, IV-Stellen-Konferenz (2021). Covid-19-Monitoring (Version 1.1 per 1. Juni 2021) [internes Dokument].
- Nittas, V., Gao, M., West, E. A., Ballouz, T., Menges, D., Wulf Hanson, S., & Puhan, M. A. (2022). Long COVID Through a Public Health Lens: An Umbrella Review. *Public Health Reviews*, 0. <https://doi.org/10.3389/phrs.2022.1604501>
- Peter, R. S., Nieters, A., Kräusslich, H.-G., Brockmann, S. O., Göpel, S., Kindle, G., Merle, U., Steinacker, J. M., Rothenbacher, D., & Kern, W. V. (2022). Post-acute sequelae of covid-19 six to 12 months after infection: Population based study. *BMJ*, 379, e071050. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071050>
- Renz-Polster, H., & Scheibenbogen, C. (2022). Post-COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz: Myalgische Enzephalomyelitis bzw. Chronisches Fatigue-Syndrom. *Die Innere Medizin*, 63(8), 830–839. <https://doi.org/10.1007/s00108-022-01369-x>
- Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., & Diaz, J. V. (2022). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(4), e102–e107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9)
- Tokumasu, K., Honda, H., Sunada, N., Sakurada, Y., Matsuda, Y., Yamamoto, K., Nakano, Y., Hasegawa, T., Yamamoto, Y., Otsuka, Y., Hagiya, H., Kataoka, H., Ueda, K., & Otsuka, F. (2022). Clinical Characteristics of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) Diagnosed in Patients with Long COVID. *Medicina*, 58(7), 850. <https://doi.org/10.3390/medicina58070850>
- Tsampasian, V., Elghazaly, H., Chattopadhyay, R., Debski, M., Naing, T. K. P., Garg, P., Clark, A., Ntatsaki, E., & Vassiliou, V. S. (2023). Risk Factors Associated With Post-COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 183(6), 566–580. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0750>

10 Tabellenanhang

Tabelle 29: Symptomcluster Komorbiditäten

Symptomcluster Vorerkrankungen / Komorbiditäten
Krebs (Neoplasie, Neoplasma)
Probleme mit dem Bewegungsapparat, Muskuloskeletale Probleme (Rückenschmerzen, Rheuma, Gelenkschmerzen, Arthrose/Arthritis, Muskelschmerzen)
Chronische Herzkrankheit: Koronare Herzkrankheit/ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien)
Schlaganfall (Streifung, Stroke), Hirnblutung (Hämorrhagie)
Chronische Nierenkrankheit/ Nephropathie
Chronische Leberkrankheit (Hepatitis, Leberzirrhose, Steatose)
Asthma
Chronische neurologische Erkrankung
Diabetes («Zuckerkrankheit»)
Bluthochdruck (Hypertonie)
Immunschwäche/-Defizienz
Depression
Angststörungen/Zwangsstörungen
Andere psychiatrische Störungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Schizophrenie, bipolare Störung)
Übergewicht
Anderes

Quelle: Darstellung BASS

Tabelle 30: Dauer von der Anmeldung bis zur Zusprache 1. Leistung, je Leistungsart, Personen mit jeweiliger Leistung innerhalb von 12 Monaten (alle verfügbaren Leistungen)

Leistung	Geschwindigkeit	LC2-Sample Anmeldung nach Covid	Referenzgruppe
AM	Median bis 1. Massnahme Monate	8.5	8
	25. Perzentil	6	5
	75. Perzentil	10	10
Eingliederung inkl. FI	Median bis 1. Massnahme Monate	5	4
	25. Perzentil	2	2
	75. Perzentil	7	7
FI	Median bis 1. Massnahme Monate	2	2
	25. Perzentil	1	1
	75. Perzentil	5	4
IM	Median bis 1. Massnahme Monate	8	8
	25. Perzentil	6	6
	75. Perzentil	9	10
BM	Median bis 1. Massnahme Monate	8	7
	25. Perzentil	5	4
	75. Perzentil	9	10
Hilfsmittel	Median bis 1. Massnahme Monate	1	1
	25. Perzentil	1	0
	75. Perzentil	1.5	4
Insgesamt: Personen mit Leistung innerhalb von 12 Monaten	Median bis 1. Massnahme Monate	3	3
	25. Perzentil	1	1
	75. Perzentil	7	6

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

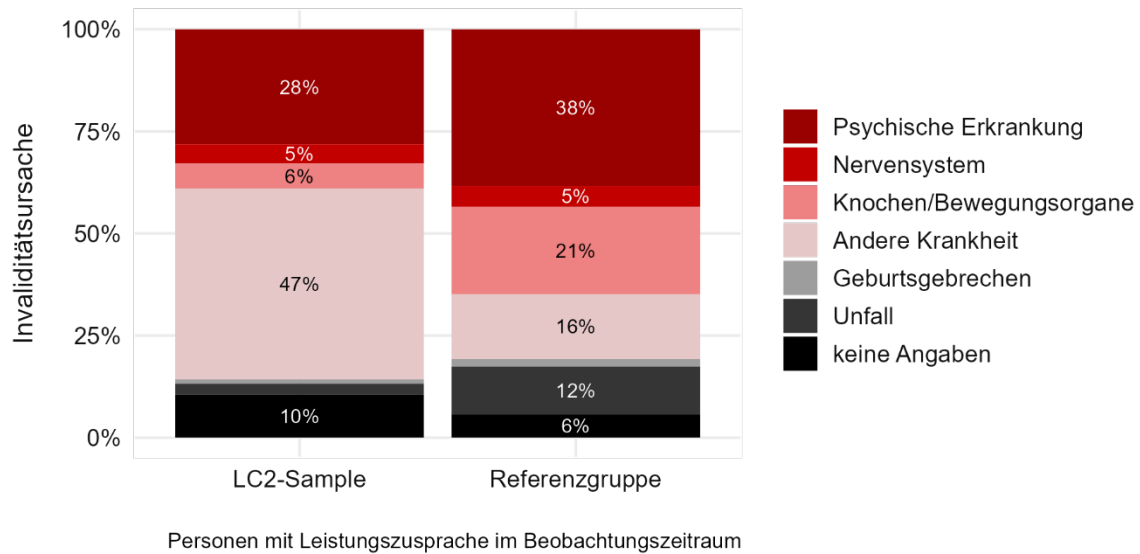
Tabelle 31: Ausgaben in CHF, je Leistungsart, Leistungen innerhalb von 12 Monaten nach Anmeldung (verfügte und verrechnete Leistungen)

Leistung	Ausgaben in CHF	LC2-Sample Anmeldung nach Covid	Referenzgruppe
AM	Ø Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	8'300	6'500
	25. Perzentil	1'900	3'300
	75. Perzentil	12'900	9'700
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	400	200
Eingliederung inkl. FI	Ø Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	5'600	7'300
	25. Perzentil	1'400	1'400
	75. Perzentil	8'500	9'000
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	1'600	1'900
FI	Ø Ausgaben pro Leistungsbezüger/in*	4'600	4'600
	25. Perzentil	1'800	1'600
	75. Perzentil	5'500	6'200
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	900	700
IM	Ø Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	4'200	9'700
	25. Perzentil	2'900	2'300
	75. Perzentil	5'300	11'200
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	100	400
BM	Ø Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	12'700	15'000
	25. Perzentil	6'600	6'900
	75. Perzentil	14'400	21'900
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	600	700
Hilfsmittel	Ø Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	1'100	4'300
	25. Perzentil	800	1'300
	75. Perzentil	1'400	2'500
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	0	200
Insgesamt	Ø Ausgaben pro Leistungsbezüger/in	6'800	8'000
	25. Perzentil	2'100	1'600
	75. Perzentil	10'300	10'100
	Ø Ausgaben pro Anmeldung	2'000	2'100

Anmerkung: * Personen, die innerhalb von 12 Monaten nach Anmeldung eine Leistung erhalten haben. Werte sind auf 100 CHF gerundet.

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Abbildung 23: Erfasste Invaliditätsursache bei Personen mit Leistungszusprache im Beobachtungszeitraum



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 32: Häufigste kodierte Erkrankungen in der Kategorie «Andere Krankheit»

	LC2-Sample	Referenzgruppe
Übrige Infektions- und parasitäre Krankheiten (604)	53.7%	2.9%
Atmungsorgane (693, 691, 601)	37.2%	4.2%
Herzleiden (683, 682)	4.4%	8.9%
Neubildungen (Tumore) (611, 612, 613)	1.6%	56.7%
Sinnesorgane (661, 671)	-	10.7%

Anmerkung: Personen mit Leistungszusprache innerhalb von 12 Monaten.

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 33: Deskriptive Statistik, Leistungszusprache innerhalb von 12 Monaten

Variable	Anzahl (Anteil)	Median, (25%-, 75%-Quartil)
Leistungszusprache innerhalb von 12 Monaten	156 (54%)	
Leistungszusprache innerhalb von 12 Monaten (verrechnete Leistungen)	82 (29%)	
Geschlecht		
Frau	185 (64%)	
Mann	102 (36%)	
Region, IVST		
Deutschschweiz	217 (75%)	
lateinische Schweiz	71 (25%)	
Alter bei Erfassung im Monitoring		48 (39, 56)
Anzahl Symptome		
ein Symptom	76 (27%)	
mehrere	211 (73%)	
Komorbiditäten		
keine Komorbidität	106 (37%)	
mit psychischer Komorbidität	91 (32%)	
andere Komorbidität	90 (31%)	
Kohorte Anmeldung		
2020 Q2	1 (0.4%)	
2020 Q3	3 (1.0%)	
2020 Q4	3 (1.2%)	
2021 Q1	15 (5.1%)	
2021 Q2	37 (13%)	
2021 Q3	38 (13%)	
2021 Q4	24 (8.4%)	
2022 Q1	40 (14%)	
2022 Q2	43 (15%)	
2022 Q3	52 (18%)	
2022 Q4	31 (11%)	
2023 Q1	1 (0.2%)	

Quelle: IV-Registerdaten BSV (n=287). Berechnungen BASS

Tabelle 34: Determinanten Leistungszusprache Massnahmen innerhalb von 12 Monaten, verrechnete Leistungen

Leistungszusprache ja/nein	Modell 1			Modell 2		
Unabhängige Variablen	Odds-Ratio	SE	p-Wert	Odds-Ratio	SE	p-Wert
Geschlecht [Ref: Frau]						
Mann	0.675	0.197	0.178	0.675	0.204	0.193
Alter	0.990	0.012	0.408	0.987	0.013	0.313
Region [Ref: Deutschschweiz]						
Lateinische Schweiz	1.243	0.391	0.489	1.282	0.412	0.441
Anzahl Covid-Symptome [Ref: ein Symptom]						
Mehrere Symptome	1.321	0.418	0.379	1.438	0.475	0.271
Komorbiditäten [Ref: keine Komorbidität]						
mit psychischer Komorbidität	1.199	0.383	0.570	1.285	0.426	0.449
andere Komorbidität	0.735	0.253	0.371	0.719	0.252	0.345
Konstante	0.581	0.369	0.392	0.000	0.000	0.991
<i>Dummies Anmeldekohorte</i>			<i>Nein</i>			<i>Ja</i>
Beobachtungen			287			287
R ² Tjur			0.023			0.060

Quelle: LC2-Sample IV-Dossiers und IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS

Tabelle 35: Deskriptive Statistik, Rentenbezug Ende 2023

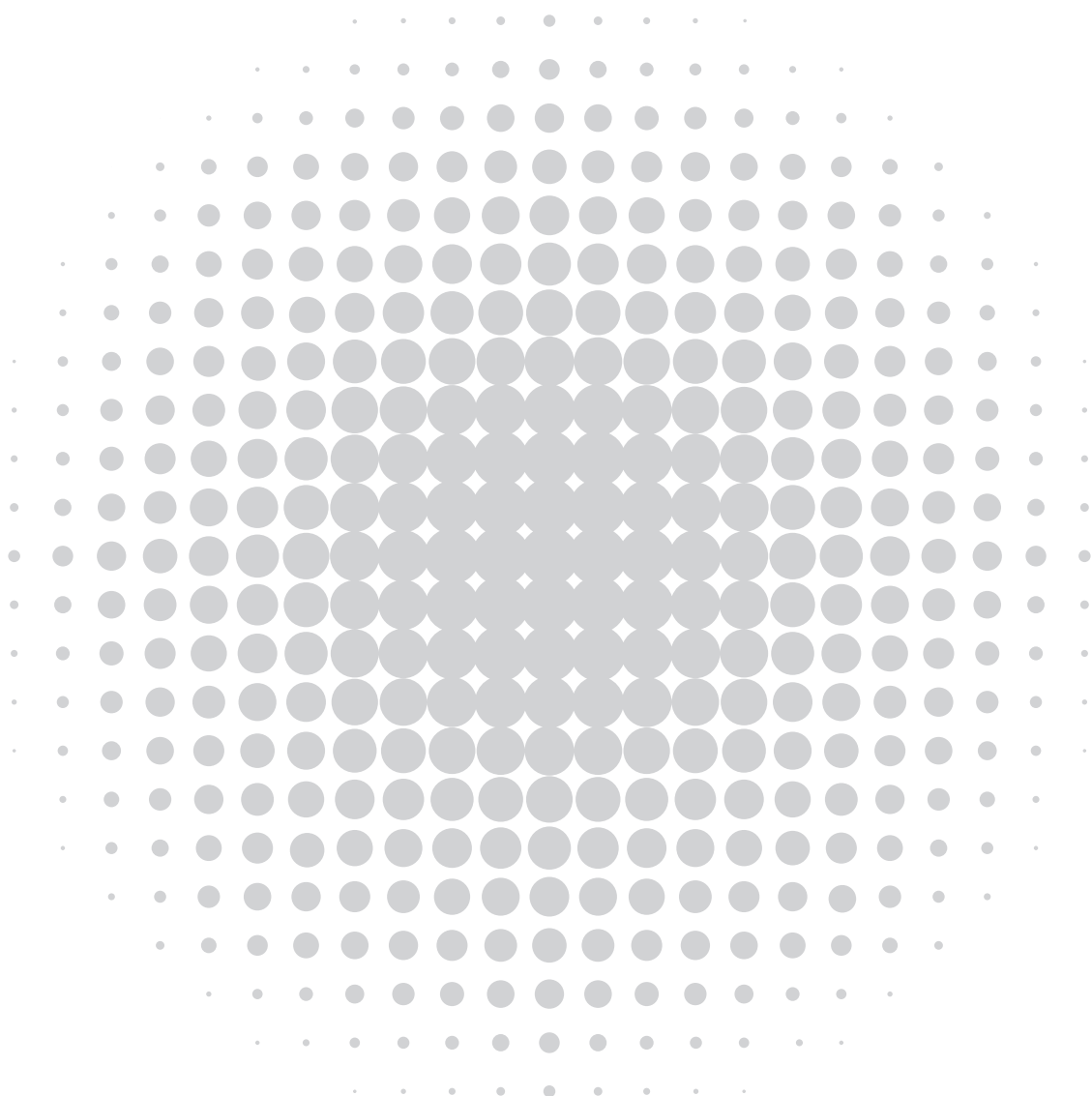
Variable	Anzahl (Anteil)	Median, (25%-, 75%-Quartil)
Rentenbezug Ende 2023	33 (12%)	
Geschlecht		
Frau	185 (64%)	
Mann	102 (36%)	
Region, IVST		
Deutschschweiz	217 (75%)	
lateinische Schweiz	71 (25%)	
Alter bei Erfassung im Monitoring		48 (39, 56)
Anzahl Symptome		
ein Symptom	76 (27%)	
mehrere	211 (73%)	
Komorbiditäten		
keine Komorbidität	106 (37%)	
mit psychischer Komorbidität	91 (32%)	
andere Komorbidität	90 (31%)	
Anzahl Wochen zwischen Anmeldung und Ende 2023		96 (78, 130)

Quelle: IV-Registerdaten BSV (n=287). Berechnungen BASS

Tabelle 36: Determinanten Rentenbezug Ende 2023

Rentenbezug Ende 2023 ja/nein	Modell 1			Modell 2		
Unabhängige Variablen	Odds-Ratio	SE	p-Wert	Odds-Ratio	SE	p-Wert
Geschlecht [Ref: Frau]						
Mann	1.767	0.753	0.181	1.468	0.600	0.347
Alter	1.118	0.034	<0.001	1.134	0.035	<0.001
Region [Ref: Deutschschweiz]						
Lateinische Schweiz	1.889	0.797	0.132	2.062	0.845	0.077
Anzahl Wochen zwischen Anmeldung und Ende 2023	1.022	0.007	0.002			
Anzahl Covid-Symptome [Ref: 1 Symptom]						
Mehrere Symptome	1.267	0.599	0.617	1.060	0.479	0.898
Komorbiditäten [Ref: keine Komorbidität]						
mit psychischer Komorbidität	2.268	1.207	0.124	2.290	1.187	0.110
andere Komorbidität	1.115	0.622	0.846	1.148	0.619	0.798
Konstante	0.000	0.000	<0.001	0.000	0.000	<0.001
Beobachtungen			287			287
R ² Tjur			0.226			0.163

Quelle: LC2-Sample IV-Dossiers und IV-Registerdaten BSV. Berechnungen BASS



bsv.admin.ch

