

Long COVID, ME/CFS und die Kosten fehlender Versorgung: Eine gesundheitsökonomische Analyse für die Schweiz

Kritische Analyse aktueller OECD-Arbeiten zu Krankheitslast, Versorgung und volkswirtschaftlichen Kosten

Policy Paper - erstellt von Dr. med. Maja Strasser

Quellenstatus

Addressing the Costs and Care for Long COVID (OECD Health Policy Studies Report vom 8. April 2026; DOI: 10.1787/87a0c171-en).
The impacts of long COVID in OECD countries (Health Working Paper No. 167 vom Juni 2024; DOI: 10.1787/8bd08383-en).
Ergänzend berücksichtigt wird die OECD-PaRIS-Auswertung 2025 (DOI: 10.1787/119b0e8f-en).

Executive Summary

Long COVID und die ME/CFS-Verlaufsform von Long COVID sind nicht nur klinische Probleme, sondern makroökonomisch relevante Volkskrankheiten. Die OECD beschreibt Long COVID als multisystemische, teils invalidisierende Erkrankung, deren Kosten nicht primär in einzelnen Arzt- oder Rehabilitationsrechnungen liegen, sondern in anhaltender Einschränkung von Erwerbsfähigkeit, Produktivität, Lebensqualität und sozialer Teilhabe. Für die Schweiz ist entscheidend, die Ebenen Krankheitslast, Krankheitskosten und Versorgungskosten zu trennen: Niedrige Versorgungskosten können ein Zeichen von Unterversorgung sein und trotzdem hohe volkswirtschaftliche Kosten erzeugen.

Betroffene	Kosten pro Fall	BIP-Anteil	Schweiz: Jahreskosten
540'335	ca. CHF 3'000-9'000	0,5-2,3%	4,1 bis 19,0 Mrd. CHF
Gemäss Cheng et al. 2025 ca. 6% der globalen Bevölkerung. OECD 2026 projiziert für 2025-2035 eher 0,6-1,0%; rund 54'033-90'056 Personen in der Schweiz.	Direkte Mehrkosten pro Patient und Jahr: europäische Schätzungen ca. GBP 3'000-3'500 bzw. EUR 4'000-5'000; US-Claims: +USD 9'400/Jahr.	Berechnung OECD 2024.	Auf Basis BIP Schweiz 2024: 0,5% = CHF 4,1 Mrd.; 2,3% = CHF 19,0 Mrd. pro Jahr.

OECD Health Working Paper No. 167 (2024) rekonstruiert die gesellschaftlichen Kosten von Long COVID vor allem über zwei Kanäle: verlorene Lebensqualität, gemessen in QALYs, und Arbeitsmarkteffekte. Bei einer Annahme, dass 10% der infizierten Personen Long COVID entwickeln, schätzt die OECD über 7,2 Millionen verlorene QALYs pro Jahr in OECD-Ländern; bei USD 100'000 pro QALY ergibt dies rund USD 723 Milliarden jährlich. Hinzu kommen geschätzte USD 141-317 Milliarden Lohnverluste durch verminderte Erwerbsbeteiligung. Direkte Behandlungskosten sind im Working Paper ausdrücklich nicht vollständig enthalten. Die häufig zitierte Spanne von USD 864 Milliarden bis USD 1,04 Billionen pro Jahr ist deshalb kein reiner Gesundheitsausgabenbetrag, sondern ein breiter Social-Welfare- und Produktivitätsansatz.

Der OECD-Bericht 2026 verschiebt den Fokus von der retrospektiven Grössenordnung zu einer dynamischen Modellierung bis 2035. Das Modell verwendet COVID-19-Mortalität 2020-2023 als Proxy für Infektionen, nimmt einen Long-COVID-Risikoanteil von 10% nach Infektion an, modelliert eine durchschnittliche Krankheitsdauer von zwei Jahren und verteilt die Schweregrade auf 88% mild, 11% moderat und 1% schwer. Unter Szenarien mit residualer SARS-CoV-2-Zirkulation stabilisiert sich die Long-COVID-Prävalenz bei etwa 0,6-1,0% der Bevölkerung. Die OECD schätzt direkte Gesundheitskosten von bis zu USD 11 Milliarden pro Jahr und anhaltende BIP-Verluste von 0,1-0,2% jährlich in OECD- und EU-Volkswirtschaften.

Für die Schweiz impliziert dies je nach Annahme erhebliche Grössenordnungen. Wird die OECD-2026-Spanne von 0,1-0,2% BIP auf das Schweizer BIP 2024 angewandt, entspricht dies rund CHF 0,8-1,6 Milliarden pro Jahr. Breitere Krankheitskostenansätze, die Lebensqualität, Erwerbsausfall und Versorgung zusammen bewerten, können deutlich höher liegen; bei 0,5-2,3% des BIP ergäbe sich eine Spanne von CHF 4,1-19,0 Milliarden pro Jahr. Diese Beträge sind keine Prognose, sondern Szenarien: Sie zeigen, welche Grössenordnung entsteht, wenn Long COVID und ME/CFS nicht früh erkannt, korrekt eingeordnet und sektorenübergreifend versorgt werden.

Die wichtigste gesundheitspolitische Schlussfolgerung ist WZW-relevant: Investitionen in wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Versorgung sind auch dann ökonomisch attraktiv, wenn der Aufbau einer entsprechenden Versorgung

sowie medizinische Leistungen erhebliche Kosten verursachen. Wirtschaftlich entscheidend ist nicht, Versorgungsausgaben kurzfristig niedrig zu halten, sondern vermeidbare Folgekosten durch späte oder falsche Diagnosestellung, ausbleibende symptomatische Behandlung, Überlastung, inadäquate Rehabilitation oder unzureichende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zu vermindern.

Wirksame Investitionen in Prävention, Diagnostik, evidenzbasierte Versorgung, sozialmedizinische Koordination und Arbeitsplatzanpassung erzeugen erhebliche volkswirtschaftliche Erträge. Die symptomorientierte Therapie mit Pacing, Behandlung von POTS, Schlaf, Schmerz und Mastzell-assoziierten Symptomen gemäss D-A-CH-Konsensus-Statement entspricht dem internationalen Expertenkonsens und Best medical practice, auch wenn die ökonomische Quantifizierung der Effekte unzureichend bleibt. Für aktivierende Programme, fixe Belastungssteigerung und psychosomatische Modelle ist wegen PEM-Risiko und schwacher Evidenz keine gesundheitsökonomische Rechtfertigung ableitbar.

Die gesundheitsökonomische Schlussfolgerung des Harvard-Ökonomen David Cutler ist entsprechend deutlich: "With costs this high, virtually any amount spent on long COVID detection, treatment, and control would result in benefits far above what it costs." Für die Schweiz folgt daraus nicht, beliebige Massnahmen zu finanzieren. Vielmehr sollten Diagnostik, Behandlung, Prävention und Versorgung konsequent an WZW-Kriterien ausgerichtet und in konkrete Mindeststandards übersetzt werden. Für Diagnostik, Behandlung und Versorgung von ME/CFS und der ME-Verlaufsform von Long COVID bietet das D-A-CH-Konsensus-Statement den fachlichen Referenzrahmen.

1. Auftrag und Ziel

Dieses Policy Paper analysiert die gesundheitsökonomischen Folgen von Long COVID und ME/CFS mit Schwerpunkt auf den OECD-Modellen und deren Bedeutung für die Schweiz. Ziel ist keine klinische Leitlinie, sondern eine evidenzbasierte, gesundheitspolitisch nutzbare Einordnung der Kosten, Modellannahmen und Versorgungsimplicationen.

2. Begriffe: Drei Kostenebenen, die nicht vermischt werden dürfen

Ebene	Was wird gemessen?	Typische Grössen	Politische Bedeutung
Burden of Disease	Gesundheitliche Belastung einer Erkrankung.	Prävalenz, Inzidenz, DALYs, YLDs, QALYs, funktionelle Einschränkungen, Lebensqualität.	Zeigt, wie gross das Gesundheitsproblem ist; sagt allein noch nicht, was Versorgung kostet.
Cost of Illness	Gesamte volkswirtschaftliche Kosten einer Erkrankung.	Direkte medizinische Kosten, Produktivitätsverluste, Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung, Pflege, informelle Pflege, Sozialleistungen.	Relevant für gesamtgesellschaftliche Priorisierung und WZW-Bewertung.
Cost of Care	Kosten der Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Betreuung.	Arztkosten, Spital, Medikamente, Diagnostik, Physio-/Ergotherapie, Case Management.	Hohe Versorgungskosten können sinnvoll sein, wenn sie grössere Folgekosten verhindern.

Die OECD-Arbeiten trennen diese Ebenen unterschiedlich gut. OECD 2024 quantifiziert Krankheitslast und Arbeitsmarktkosten und schliesst direkte Behandlungskosten weitgehend aus. OECD 2026 modelliert direkte Versorgungskosten, Arbeitsinput und BIP-Effekte explizit. Beide Arbeiten machen aber deutlich: Die grössten Kosten entstehen nicht im engeren medizinischen Budget, sondern durch anhaltende Funktions- und Erwerbseinschränkungen.

3. Gesundheitsökonomische Kernliteratur

Quelle	Design / Datentyp	Kernaussage	Evidenzgrenze
OECD HWP No. 167 (2024)	Health Working Paper; Modellierung auf Basis Literatur, WHO-/OECD-Daten.	Mindestens 39 Mio. Betroffene in OECD; >7,2 Mio. QALYs/Jahr; USD 864 Mrd.-1,04 Bio. pro Jahr ohne direkte Versorgungskosten.	Starke Abhängigkeit von 10-30% Long-COVID-Anteil nach Infektion und QALY-Wert.
OECD Health Policy Studies (2026)	Dynamisches SPHeP-Modell plus Policy Mapping Survey 2025.	2021 rund 75 Mio. Betroffene; residual 0,6-1,0% bis 2035; direkte Kosten bis USD 11 Mrd./Jahr; BIP-Verlust 0,1-0,2%/Jahr.	2-Jahres-Krankheitsdauer, 1% schwer Betroffene und stabile zukünftige Inzidenz sind äusserst konservative Modellannahmen.
Cutler (2022)	Makroökonomische US-Kostenanalyse.	USD 3,7 Bio. gesellschaftliche Kosten: verlorene Lebensqualität, Einkommensverlust, medizinische Ausgaben.	US-spezifische Annahmen; Lebensqualitätsbewertung dominiert die Summe.
Cutler und Summers (2020)	Makroökonomische Analyse der COVID-19-Folgekosten.	Langfristige Gesundheitsfolgen wurden als wesentlicher Kostenkanal der Pandemie berücksichtigt.	Frühe Pandemiephase; Long-COVID-Evidenz damals noch begrenzt.

4. Rekonstruktion der OECD-Modelle

4.1 OECD Health Working Paper No. 167 (2024)

Das ältere Working Paper ist eine gesundheitsökonomische Kostenanalyse im weiteren Sinn. Es rekonstruiert Long COVID als Belastung der Lebensqualität und der Erwerbsfähigkeit. Die Schätzung beginnt mit einer Prävalenzannahme: 10-30% der Menschen mit COVID-19 könnten nach zwölf Wochen Long-COVID-kompatible Symptome entwickeln. Die OECD kombiniert diese Spanne mit WHO-Falldaten und erhält mindestens 39 bis 117 Millionen Menschen, die in OECD-Ländern Long COVID hatten oder damit leben.

Für die Krankheitslast übernimmt die OECD Cutlers QALY-Ansatz. Bei 10% Long COVID nach Infektion schätzt sie über 7,2 Millionen verlorene QALYs pro Jahr. Bei einem Wert von USD 100'000 pro QALY entspricht dies rund USD 723 Milliarden jährlich. Für den Arbeitsmarkt verwendet sie Brookings-/Cutler-Ansätze und schätzt eine Reduktion der Erwerbsbeteiligung von 0,5-1,2%, entsprechend 2,7-6,1 Millionen Vollzeitäquivalenten. Daraus ergeben sich USD 141-317 Milliarden Lohnverlust pro Jahr.

Kostenbestandteil	OECD 2024: Behandlung	Bewertung
Direkte medizinische Kosten	Nicht vollständig monetarisiert; einzelne Studien zu Ausgaben werden erwähnt.	Keine Cost-of-Care-Schätzung im engeren Sinn.
Lebensqualität / QALYs	>7,2 Mio. QALYs/Jahr; USD 723 Mrd. bei USD 100'000/QALY.	Grösster Kostentreiber; normative Bewertung stark ergebnisrelevant.
Erwerbsbeteiligung	0,5-1,2% weniger Arbeitskräfte; 2,7-6,1 Mio. FTE.	Wichtiger makroökonomischer Kanal.
Lohnverluste	USD 141-317 Mrd./Jahr.	Konservativer als breitere Produktivitäts- und Pflegeansätze.
Pflege, informelle Pflege, Sozialleistungen	Nicht systematisch quantifiziert.	Wahrscheinlich unterschätzt, besonders bei schweren Verläufen, z. B. ME/CFS.

4.2 OECD Health Policy Studies Report 2026

Der OECD-Bericht 2026 nutzt das SPHeP-Framework, ein dynamisches epidemiologisch-ökonomisches Modell. Es projiziert Prävalenz, direkte Gesundheitskosten, Arbeitskräfteverlust und BIP-Effekte von 2020 bis 2035. Die Modellstruktur ist transparenter als 2024, aber stark annahmenabhängig.

Modellannahme	OECD 2026	Evidenzbasis / Unsicherheit
Long-COVID-Risiko nach Infektion	10% der SARS-CoV-2-Infektionen.	Literaturspanne 5-15%; verändert sich mit Varianten, Impfung, Reinfektion und Faldefinition.
Zukünftige Infektionstätigkeit	Basisszenario: keine neuen Fälle ab 2024; residual: 5% oder 10% jährliche Inzidenz.	Basisszenario sehr konservativ; residuale Szenarien plausibler, aber abhängig von Surveillance.
Prävalenz 2025-2035	0,6-1,0% der OECD-/EU-Bevölkerung in residualen Szenarien.	Niedriger als PaRIS und viele Bevölkerungsschätzungen; könnte bei Reinfektionen unterschätzen.
Durchschnittliche Dauer	2 Jahre für alle Fälle.	Pragmatischer Mittelwert; schwere Verläufe z. B. ME/CFS sind unheilbar und halten Jahre bis Jahrzehnte an.
Schweregrad	88% mild, 11% moderat, 1% schwer.	Auf früherem Modell beruhend; schwere Fälle in Registerdaten whs. deutlich unterrepräsentiert.
Direkte Gesundheitskosten	Mild +7%, moderat +35%, schwer +67% gegenüber Basisausgaben.	Literatur zeigt 40-100% Mehrkosten; länderspezifische Versorgungspfade fehlen.
Arbeitsausfall	Alle Fälle initial 6 Wochen; Sensitivität 0-12 Wochen.	PEM, Rückfälle und Präsentismus sind schwer erfassbar.
Arbeitsmarktaustritt	18% schwer, 14% moderat; mild bleibt im Erwerb.	Kann schwere ME/CFS-Verläufe und IV-Prozesse unterschätzen.

4.3 OECD-Vergleich

Zentraler Unterschied der OECD-Arbeiten

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Arbeiten ist, dass die spätere OECD-Arbeit die Prävalenz deutlich niedriger modelliert. Dies widerspricht teilweise den eigenen konservativen Modellannahmen und der verfügbaren Evidenz, insbesondere der Annahme einer Krankheitsdauer von lediglich zwei Jahren und nur 1% schwerer Fälle. Cheng et al. (2025) schätzen die Prävalenz auf rund 6% für das Jahr 2025. Die unterschiedlichen Prävalenz- und Krankheitsdauermodelle sind wahrscheinlich einer der Hauptgründe für die grossen Unterschiede zwischen den beiden OECD-Arbeiten.

Aspekt	OECD 2024	OECD 2026	Interpretation
Ziel	Grössenordnung von Krankheitslast und Produktivitätsverlusten.	Kosten und Versorgung bis 2035 modellieren.	2024 ist breiter und stärker Social-Welfare-orientiert; 2026 stärker health-policy- und GDP-orientiert.
Kostenebenen	Burden of Disease + Cost of Illness; Cost of Care unvollständig.	Cost of Care + Cost of Illness + GDP-Verlust.	2026 trennt Ebenen klarer, bleibt aber modellannahmenabhängig.
Zentrale Zahl	USD 864 Mrd.-1,04 Bio./Jahr ohne direkte Versorgungskosten.	USD 11 Mrd. direkte Kosten/Jahr; USD 68-135 Mrd. GDP-Verlust/Jahr residual.	Nicht direkt vergleichbar: 2024 bewertet Lebensqualität stärker.
Politische Botschaft	Long COVID ist ein erhebliches Wohlfahrts- und Arbeitsmarktpflichtproblem.	Integrierte Versorgung und Arbeitsmarktkoordination sind Resilienzpolitik.	Beide stützen Investitionen in frühere, bessere Versorgung.

5. Schweiz: Szenarien und Versorgungslücke

Für die Schweiz liegen keine vollständigen nationalen populationsrepräsentativen Long-COVID- und ME/CFS-Kostenrechnungen vor. Deshalb sind Szenarien nötig. Als Rechenbasis werden die World-Bank-Daten für 2024 verwendet: Bevölkerung 9'005'582 und nominales BIP CHF 824.6 Milliarden.

Szenario	Annahme	Schweizer Umrechnung	Interpretation
OECD residual niedrig	0,6% Prävalenz 2025-2035.	rund 54'033 Personen	Beruht auf nicht plausiblen Modellannahmen: nur 2 Jahre Krankheitsdauer und 1% schwere Fälle; dies widerspricht der beschriebenen Langzeitlast.
OECD residual höher	1,0% Prävalenz.	rund 90'056 Personen	Auch diese höhere OECD-Annahme bleibt wahrscheinlich zu niedrig: plausibler sind eher rund 10% schwere Fälle, grösstenteils jahre- bis jahrzehntelang und nicht kurativ behandelbar.
Cheng-2025-Szenario	6% der Bevölkerung.	rund 540'335 Personen	Sensitivität auf Basis der von Cheng et al. 2025 berichteten Grössenordnung; nicht als amtliche Schweizer Prävalenz zu lesen.
GDP konservativ	0,1% BIP-Verlust.	CHF 0,8 Mrd./Jahr	OECD-2026-Niedrigszenario.
GDP mittig	0,5% BIP-Verlust.	CHF 4,1 Mrd./Jahr	Breitere Social-Welfare-/Produktivitätsperspektive; international berichtet.
GDP hoch	2,3% BIP-Verlust.	CHF 19,0 Mrd./Jahr	Oberes Stress-Szenario; nicht als Prognose zu lesen.

Für die Interpretation der Schweizer Szenarien ist dieser Prävalenzunterschied zentral: Die spätere OECD-Arbeit modelliert Long COVID für 2025-2035 mit 0,6-1,0% deutlich tiefer als die in Cheng et al. (2025) berichtete Grössenordnung von rund 6% für 2025. Diese niedrigen OECD-Werte beruhen auf Modellannahmen, die nicht plausibel sind und den eigenen Aussagen zur Langzeitlast widersprechen: durchschnittlich nur zwei Jahre Krankheitsdauer und nur 1% schwere Fälle. Plausibler sind eher rund 10% schwere Fälle; gerade ME/CFS-Verläufe dauern häufig Jahre bis Jahrzehnte und sind grösstenteils nicht kurativ behandelbar. Dadurch können Pflegebedarf, dauerhafte Erwerbsunfähigkeit und Kosten erheblich unterschätzt werden.

Die Schweizer Versorgungssituation ist aus gesundheitsökonomischer Sicht schwer beurteilbar, weil Transparenz über tatsächliche Behandlungspfade, Diagnostik, Follow-up, PEM-Erfassung, Pharmakotherapie und arbeitsmedizinische Beurteilung begrenzt ist. Webseiten und Selbstdarstellungen von Long-COVID-Sprechstunden zeigen nicht zuverlässig, welche Interventionen tatsächlich umgesetzt werden. Fehlen belastbare Daten zur Versorgungspraxis, muss dies als Evidenzlücke und nicht als Nachweis guter oder schlechter Versorgung gewertet werden.

Schweizer Silo-Problem

Long COVID und ME/CFS erzeugen Kosten in mehreren Systemen: Gesundheitsversorgung, Invalidenversicherung, Arbeitgeber, Arbeitslosenversicherung, Familien, Pflege und informelle Betreuung. Ein Versorgungssystem, das nur medizinische Einzelleistungen betrachtet, kann volkswirtschaftlich ineffizient sein, wenn unzureichende Diagnostik oder fehlende Koordination später Erwerbsausfall, Gutachtenkosten und Sozialversicherungsausgaben erhöhen.

6. Best Medical Practice und WZW-Minimalstandard

Für Long COVID und ME/CFS existiert keine kurative Therapie. Das bedeutet jedoch nicht, dass eine symptomorientierte Behandlung ökonomisch irrelevant ist. POTS, orthostatische Intoleranz, Schlafstörung, Schmerz, Mastzellaktivierung, Migräne, neurokognitive Symptome und Komorbiditäten können gezielt behandelt werden. Das D-A-CH-Konsensus-Statement diskutiert Off-Label-Optionen unter fachkundiger Indikation; NICE betont für ME/CFS Energie- und Symptomanagement. Für eine WZW-konforme Schweizer Gesundheitsversorgung von PAIS fehlen prospektive Register mit Outcomes, Nebenwirkungen, Kosten und Arbeitsfähigkeitsdaten.

Das D-A-CH-Konsensus-Statement zu ME/CFS gibt für ME/CFS und die ME-Verlaufsform von Long COVID den aktuellen State of the Art und damit die Best Medical Practice wieder. Es stellt frühe symptomorientierte Diagnostik, Pacing sowie eine differenzierte supportive medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung ins Zentrum. Damit liefert es einen fachlich begründeten Referenzrahmen für eine Versorgung, die den WZW-Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht.

David Cutler hat die gesellschaftlichen Kosten von Long COVID für die USA auf rund USD 3,7 Billionen geschätzt. Er folgert, dass praktisch jeder Aufwand für Diagnose, Therapie und Prävention gerechtfertigt ist.

Das Argument ist nicht, beliebige Massnahmen zu finanzieren, sondern die gesamte medizinische Versorgung von PAIS-Betroffenen konsequent an WZW-Kriterien zu messen. Gesundheitsökonomisch wäre es deswegen notwendig, Minimalkriterien für die medizinische Versorgung zu definieren, die sich am D-A-CH-Konsensus-Statement orientieren.

Implikation aus Cutler und OECD

Aus den Cutler- und OECD-Analysen folgt für die Schweiz, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auf Basis des D-A-CH-Konsensus-Statements einen verbindlichen Minimalstandard für die Versorgung von Long COVID mit ME/CFS-Verlaufsform und ME/CFS festlegen sollte. Ein solcher Minimalstandard müsste PEM-Erfassung, Pacing, symptomorientierte medikamentöse Therapie, Vermeidung schädlicher Aktivierungsprogramme, Rehabilitationskriterien und arbeitsmedizinische Beurteilung abdecken. Nur so kann die PAIS-Versorgung systematisch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ausgerichtet werden.

7. Unterdiagnose und Fehlversorgung

OECD 2026 betont, dass fehlende standardisierte Definitionen, eingeschränkte Kodierung und uneinheitliche Versorgungspfade die Erkennung von Long COVID erschweren. In der Policy Mapping Survey berichteten mehrere Länder über fehlende nationale Strategien, fehlende Finanzierung und unzureichende Trainings. Für die Schweiz hält der OECD-Bericht fest, dass kein bestehendes System zur Schätzung der Long-COVID-Fallzahlen berichtet wurde; Long COVID ist formal für Invaliditätsleistungen anerkannt, die Beurteilung erfolgt aber über Funktionskapazität.

Tschopp, König et al. untersuchten 169 ME/CFS-Betroffene in der Schweiz. Die mittlere Zeit von Krankheitsbeginn bis Diagnose betrug 6,7 Jahre; die Betroffenen berichteten im Durchschnitt 11,1 medizinische Termine und 2,6 Fehldiagnosen. 90,5% gaben an, mindestens einmal gehört zu haben, ihre Symptome seien psychosomatisch. Diese Schweizer Daten stützen die Annahme erheblicher Unterdiagnose, Diagnoseverzögerung und Fehlversorgung.

8. Notwendige Schritte für eine WZW-Versorgung

- Nationales Surveillance-Modul für Long COVID, ME/CFS und andere PAIS mit Schweregrad, PEM, Zugang zu D-A-CH-Expertenkonsens-kompatibler medizinischer Versorgung, Erwerbsstatus, Versorgungspfad.
- Verbindliche, NICE- und D-A-CH-kompatible Mindeststandards für Diagnostik, PEM-Erfassung, Therapie inkl. medikamentöser symptomatischer Therapieansätze und Pacing, Rehabilitationsindikation.
- Besonderes Augenmerk auf die Erfassung und Versorgung schwer Betroffener sowie von Kindern und Jugendlichen.
- Transparente Long-COVID-/ME-CFS-Versorgungspfade mit öffentlich dokumentierten, evidenzbasierten Konzepten, Zuweisungskriterien und Outcome-Messung.
- Sektorenübergreifendes Case Management zwischen Medizin, Arbeitgebenden, IV, Krankentaggeld, Pflege und Sozialberatung.
- Finanzierung gezielter Weiterbildung für Healthcare Professionals inkl. Grundversorgung und Spezialisten, Gutachterwesen, Rehabilitation und Versicherungsmedizin.
- HTA-orientierte Evaluation symptomorientierter und Off-Label-Therapien, inklusive POTS, Schlaf, Schmerz, MCAS und kognitiver Dysfunktion.

9. Glossar

Begriff	Kurzdefinition
Long COVID / Post-COVID-19 Condition	Persistierende oder neu auftretende Symptome nach SARS-CoV-2-Infektion, meist ab 2-3 Monaten definiert.
ME/CFS	Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom; komplexe, häufig postinfektiöse Erkrankung mit PEM als Kardinalsymptom.
PEM	Post-Exertional Malaise; verzögerte, unverhältnismässige Zustandsverschlechterung nach Belastung.
Pacing	Aktivitäts- und Energiemanagement mit dem Ziel, PEM zu vermeiden; keine Leistungssteigerungstherapie.
GET	Graduierte Bewegungstherapie mit fixer Steigerung; bei ME/CFS von NICE nicht empfohlen.
CBT	Kognitive Verhaltenstherapie; optional unterstützend bei sekundärer psychischer Belastung, nicht kausal.
WZW	Schweizer Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.
QALY	Quality-adjusted life year; Lebensjahr gewichtet nach Lebensqualität.
DALY / YLD	Disability-adjusted life year / years lived with disability; Masse der Krankheitslast.
Präsentismus	Arbeiten trotz Krankheit mit reduzierter Leistungsfähigkeit.

10. Literaturverzeichnis

OECD (2024). The impacts of long COVID across OECD countries. OECD Health Working Papers No. 167. DOI: 10.1787/8bd08383-en.

OECD (2025). The prevalence and impact of Long COVID in the primary care population: Findings from the OECD PaRIS survey. DOI: 10.1787/119b0e8f-en.

OECD (2026). Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic. OECD Health Policy Studies. DOI: 10.1787/87a0c171-en.

Cutler DM (2022). The Economic Cost of Long COVID: An Update. Harvard University working note, July 2022. URL: https://cutler.scholars.harvard.edu/sites/g/files/omnuum5891/files/cutler/files/long_covid_update_7-22.pdf.

Cutler DM (2022). The Costs of Long COVID. JAMA Health Forum. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2022.1809.

Cutler DM, Summers LH (2020). The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus. JAMA. DOI: 10.1001/jama.2020.19759.

Al-Aly Z, Davis H, McCorkell L et al. (2024). Long COVID science, research and policy. Nature Medicine. DOI: 10.1038/s41591-024-03173-6.

NICE (2021). Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NG206.

Hoffmann K, Hainzl A, Stingl M, et al. (2024). Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom. Wien Klin Wochenschr. 136(Suppl 5):103-123. DOI: 10.1007/s00508-024-02372-y.

Tschopp R, König RS, Rejmer P, Paris DH (2023). Health system support among patients with ME/CFS in Switzerland. J Taibah Univ Med Sci. 18(4):876-885. DOI: 10.1016/j.jtumed.2022.12.019.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2025). Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung. Forschungsbericht 02/25.

World Bank (2026 update). Switzerland GDP (current LCU), indicator NY.GDP.MKTP.CN; Switzerland population, indicator SP.POP.TOTL.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2024). A Long COVID Definition: A Chronic, Systemic Disease State.

World Health Organization (2022). Post COVID-19 condition (Long COVID) fact sheet / clinical case definition.

Methodischer Hinweis

Dieses Papier unterscheidet Daten, Modellannahmen und Interpretation. Schweizer CHF-Szenarien sind Rechnungen auf Basis des Schweizer BIP und der Bevölkerung 2024; sie sind keine amtliche Prognose. Alle Zahlen zu OECD 2026 beziehen sich auf die am 8. April 2026 publizierte Fassung. 2-Jahres-Krankheitsdauer, 1% schwer Betroffene und stabile zukünftige Inzidenz sind äusserst konservative Modellannahmen.