

ME/CFS – Myalgische Encephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrom

- = Schwere, multisystemische chronische Erkrankung
- 25% sind ans Haus oder Bett gebunden – bis zur vollständigen Pflegebedürftigkeit und künstlichen Ernährung
- Alter: vorwiegend zwischen 10 und 45 Jahre, überproportional viele Frauen
- v.a. durch virale und bakterielle Infekte ausgelöst:
 - -**Viren:** Epstein-Barr-Virus (EBV) gilt als einer der Haupttrigger. Weitere Viren sind SARS-CoV-2, Herpesviren (HSV-1, HSV-2, HHV-6, Varizella-Zoster), Enteroviren, Hepatitisviren und Grippeviren.
 - -**Bakterien:** Borrelien, Chlamydien, Legionellen und Coxiellen
- Seit der COVID- Pandemie sind die Zahlen stark gestiegen
- Stark eingeschränkte Lebensqualität

Kanadische Konsensuskriterien ME/CFS

- Um mit ME/CFS diagnostiziert zu werden, muss ein Patient die Kriterien für Müdigkeit, post-exertionelle Ermüdung/Unbehaglichkeit, Schlafstörungen und Schmerzen erfüllen; 2 oder mehr neurologische/kognitive Manifestationen haben; und mindestens ein Symptom aus zwei Kategorien autonomer, neuroendokriner und immuner Manifestationen.
- Die Krankheit muss 6 oder mehr Monate andauern (3 Monate sind bei Kindern angemessen). Eine gründliche Anamnese, körperliche Untersuchung und Tests sind erforderlich, um andere Krankheiten auszuschließen.

Alle der folgenden Elemente müssen vorhanden sein:

- **Müdigkeit** – Erhebliche körperliche und geistige Erschöpfung, die neu einsetzt, unerklärlich, anhaltend oder wiederkehrend ist und das Aktivitätsniveau erheblich verringert;
- **Post-exertionelle Malaise (Fehlfunktion und/oder Erschöpfung nach Anstrengung):** Allgemeines Gefühl von Unbehagen, Schwäche und/oder Müdigkeit sowie möglicherweise verschlechternde damit verbundene Symptome nach körperlicher oder geistiger Anstrengung; langsame Erholung, die in der Regel länger als 24 Stunden dauert;
- **Schlafstörung*** – Nicht erfrischender Schlaf oder Störungen im Schlafvolumen oder Rhythmus;
- **Schmerzen*** – Erhebliche Muskel- und/oder Gelenkschmerzen und/oder starke Kopfschmerzen neuen Typs, Musters oder Schweregrades.

Zwei oder mehr der folgenden neurologischen/kognitiven Manifestationen müssen vorhanden sein:

- Beeinträchtigung der Konzentration und des Kurzzeitgedächtnisses
- Wahrnehmungs- und sensorische Störungen; z. B. räumliche Instabilität und Desorientierung sowie Unfähigkeit, das Sehen zu fokussieren;
- Schwierigkeiten bei der Informationsverarbeitung, Kategorisierung und Wortfindung;
- Verwechslung
- Desorientiertheit
- Motorische Störungen: Ataxie, Muskelschwäche und Faszikulationen, Gleichgewichtsverlust und Ungeschicklichkeit treten häufig auf;
- Überlastungsphänomene: kognitive, sensorische (z. B. Überempfindlichkeit gegenüber Lärm und Licht), emotionale Überlastung, die zu einem Crash (vorübergehende, immobilisierende körperliche und/oder geistige Erschöpfung) und/oder Angst führen kann.

Mindestens ein Symptom aus zwei der folgenden Kategorien muss vorhanden sein:

- Autonome Manifestationen:
 - Orthostatische Intoleranz (neural vermittelte Hypotonie (NMH), posturale orthostatische Intoleranz (POTS, verzögerte posturale Hypotonie)
 - Herzklopfen (mit oder ohne Herzarrhythmien)
 - Schwindel
 - Extreme Blässe
 - Atemnot beim Sport
 - Übelkeit und Reizdarmsyndrom
 - Blasenfunktionsstörung
- Neuroendokrine Manifestationen:
 - Verlust der thermostatischen Stabilität (Temperatur bleibt nicht stabil)
 - Unbeständigkeit gegenüber extremen Hitze- und Kälteschwankungen
 - Wiederkehrende Gefühle von Fieber und kalten Gliedmaßen
 - Deutliche Gewichtsveränderung (Anorexie oder ungewöhnlicher Appetit)
 - Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit auf Belastungen und Stress – Symptome verschlechtern sich
- Immunmanifestationen:
 - Empfindliche Lymphknoten
 - Wiederkehrende Halsschmerzen
 - Wiederkehrende grippeähnliche Symptome
 - Allgemeines Unbehagen (grippeähnliches Gefühl von Krankheit und Fieber)
 - Neue Überempfindlichkeiten gegenüber Lebensmitteln, Medikamenten und/oder Chemikalien.

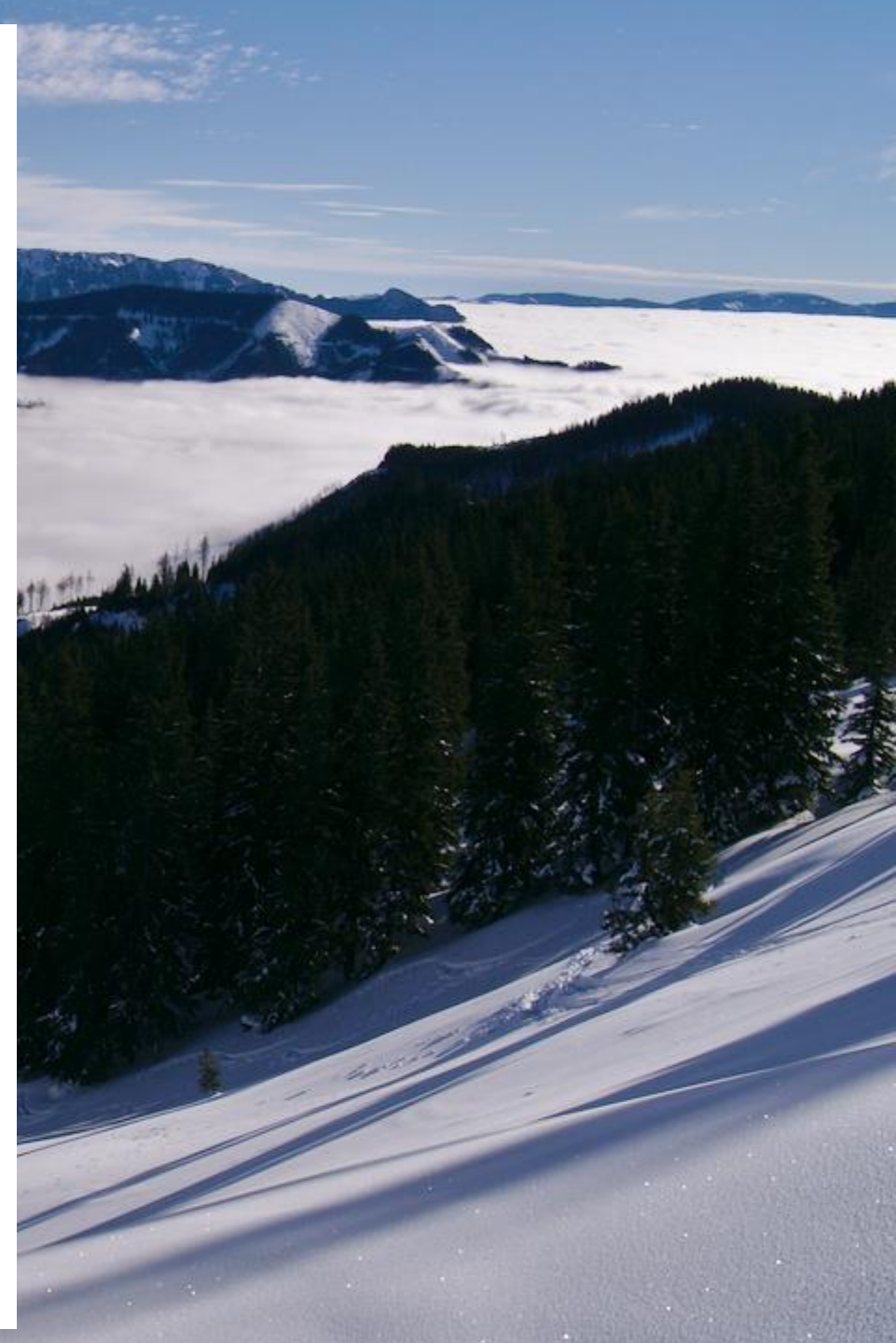
Kanadische Konsensus Kriterien (CCC) Munich Berlin Symptom Questionnaire (MBSQ) [29]	ME/CFS-Diagnose
Bell-Skala [17] FUNCAP55 [18]	ME/CFS-Schweregrad
DePaul Symptom Questionnaire (DSQ) – PEM Screening [30] Handgrip-Test Two-day cardiopulmonary exercise test (2-day CPET, ausschließlich angewandt im Rahmen von Studien)	Post-Exertional Malaise (PEM)
COMPASS-31 [31]	Autonome Dysfunktion
MCAS-Diagnosekriterien [32, 33] Gastrointestinal-Biopsien	Mastzellaktivierung
hEDS-Diagnosekriterien [34]	Hypermobiles Ehlers-Danlos Syndrom
Schellong-Test Kipptisch-Untersuchung Puls/(24h-)Blutdruck/Herzfrequenz Messungen (teilweise Differentialdiagnostik) Elektrokardiogramm (EKG, Differentialdiagnostik) Langzeit/Holter-Elektrokardiogramm (Langzeit/Holter-EKG, Differentialdiagnostik)	POTS
Hautstanzbiopsie Small Fiber Neuropathy-Symptoms Inventory Questionnaire (SFN-SIQ) [35] Sudometrie (Sudoscans®) Quantitativ sensorische Testung (QST) Nervenleitgeschwindigkeitsmessung (NLG, Differentialdiagnostik)	Small Fiber Neuropathie (SFN)
Metabolische labordiagnostische Marker	Mitochondriopathien
Endokrinologische labordiagnostische Marker	Diverse endokrinologische Erkrankungen
Immunologische labordiagnostische Marker	Mastzell-Erkrankungen, Immundefekte, Autoimmunerkrankungen
Röntgen Computertomographie (CT) bzw. Positronen-Emissions-Tomographie (PET)-CT Magnetresonanztomographie (MRT) Elektroenzephalographie (EEG) Herzultraschall Lumbalpunktion	Differentialdiagnostik



Bell-Skala

100 Punkte	Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
90 Punkte	Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage Vollzeit zu arbeiten
80 Punkte	Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkungen spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstrengung erfordern, Vollzeit zu arbeiten
70 Punkte	Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm – mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
60 Punkte	Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70–90% der Norm; unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird, aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann
50 Punkte	Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung und Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
40 Punkte	Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
30 Punkte	Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
20 Punkte	Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren
10 Punkte	Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern
0 Punkte	Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen

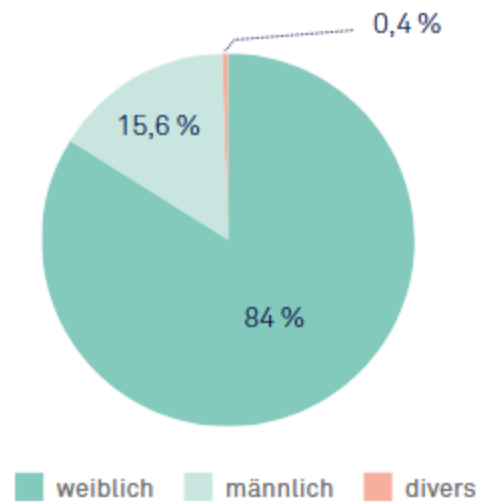
Prof. Dr. Ursula Hammer-Weber, 11.2.2026



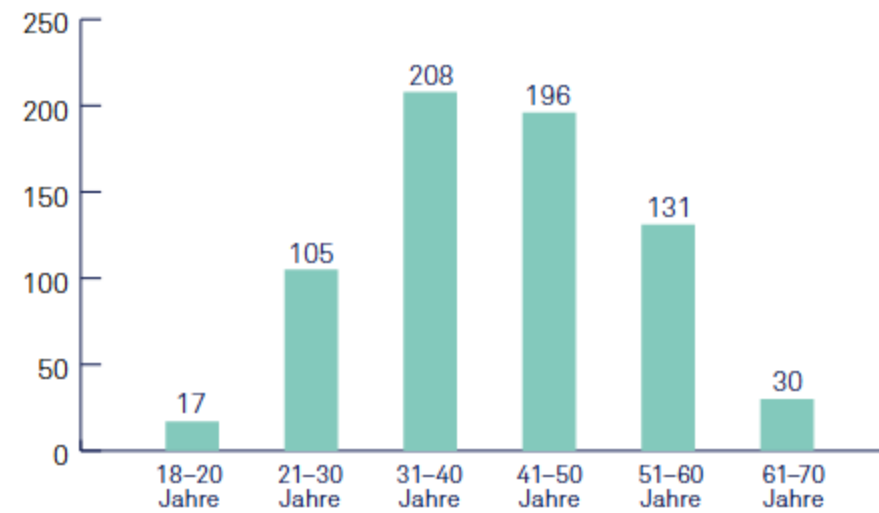
Demografie

Mit dem CCCFS-Fragebogen wurden 687 ME/CFS-Betroffene im D-A-CH-Raum erreicht. Ihre Verteilung von Geschlecht und Alter sieht wie folgt aus:

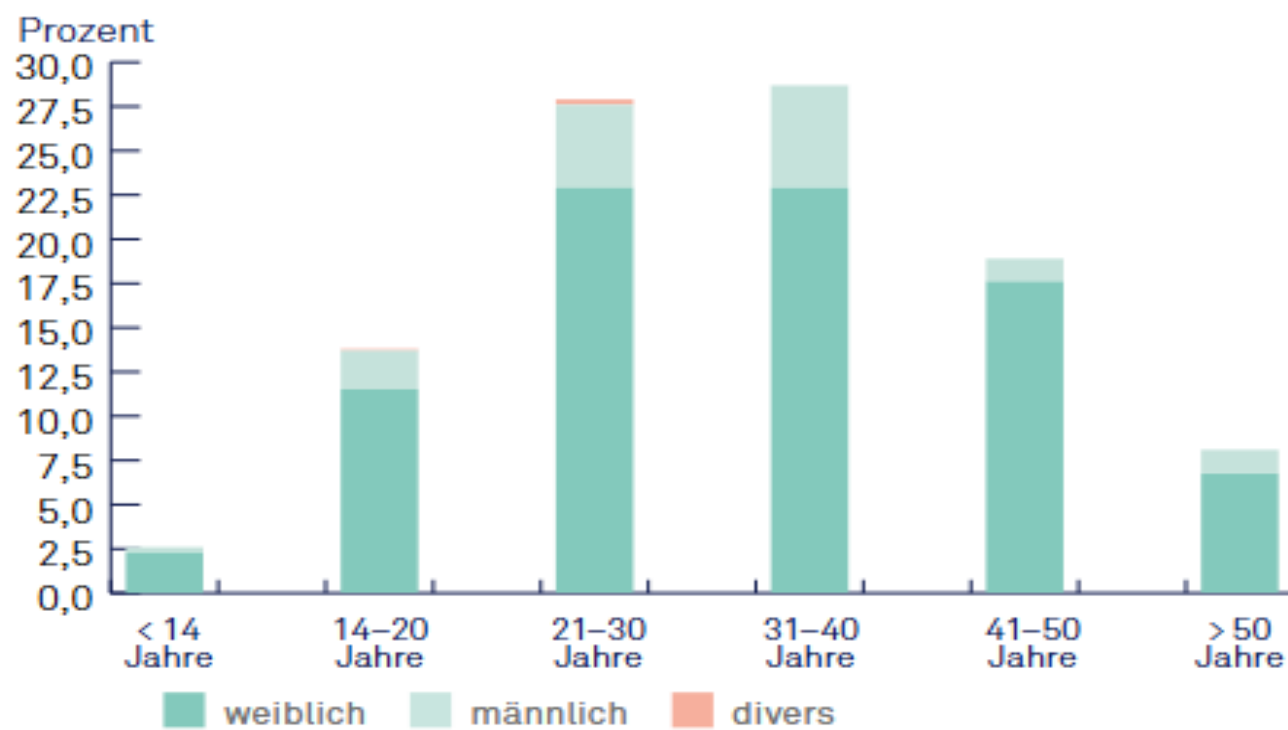
Geschlechterverteilung



Altersverteilung



Krankheitsbeginn (Aufteilung nach Geschlecht)



Vier grobe Schweregrade von ME/CFS

„Leicht“

- 50 Prozent reduziertes Aktivitätsniveau
- Versorgung und Arbeit mit großen Einschränkungen möglich

Moderat

ME/CFS-Schweregrad

Schweregrad	Anteil
„leicht“	15 %
moderat	65 %
schwer	18 %
sehr schwer	2 %

Schwer

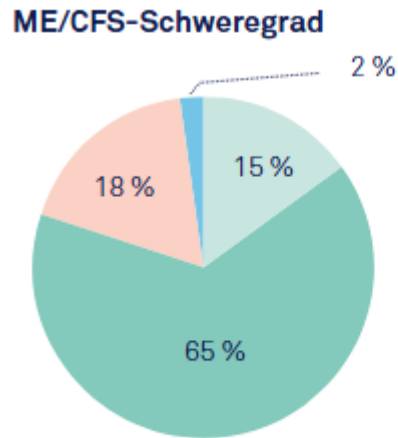
- leichte Tätigkeiten (z.B. Duschen, Zähkaum) kaum möglich
- ans Haus gebunden und überwiegend im Alltag auf umfassende Unterstützung
- starke Symptome

sehr schwer

• Leistungserbringung erheblich eingeschränkt, gebunden, nur noch sehr wenig mehr möglich

• nur noch geringfügig auf Reize notwendig, um den Tätigkeiten

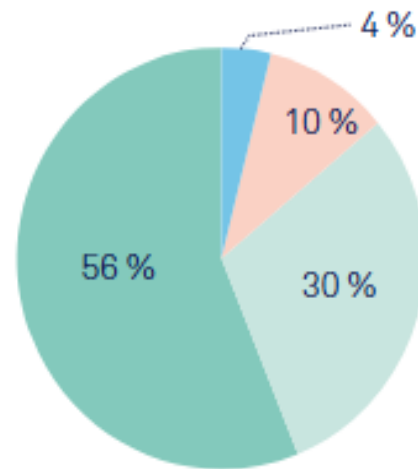
(z.B. Sprechen, Essen)



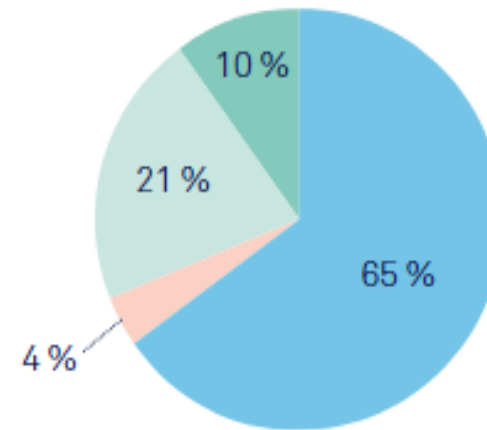
ung erheblich eingeschränkt
gebunden
mehr möglich

3
ürftig
on Reizen notwendig
nden Tätigkeiten
n)

**Arbeitswochenstunden
vor der Erkrankung**



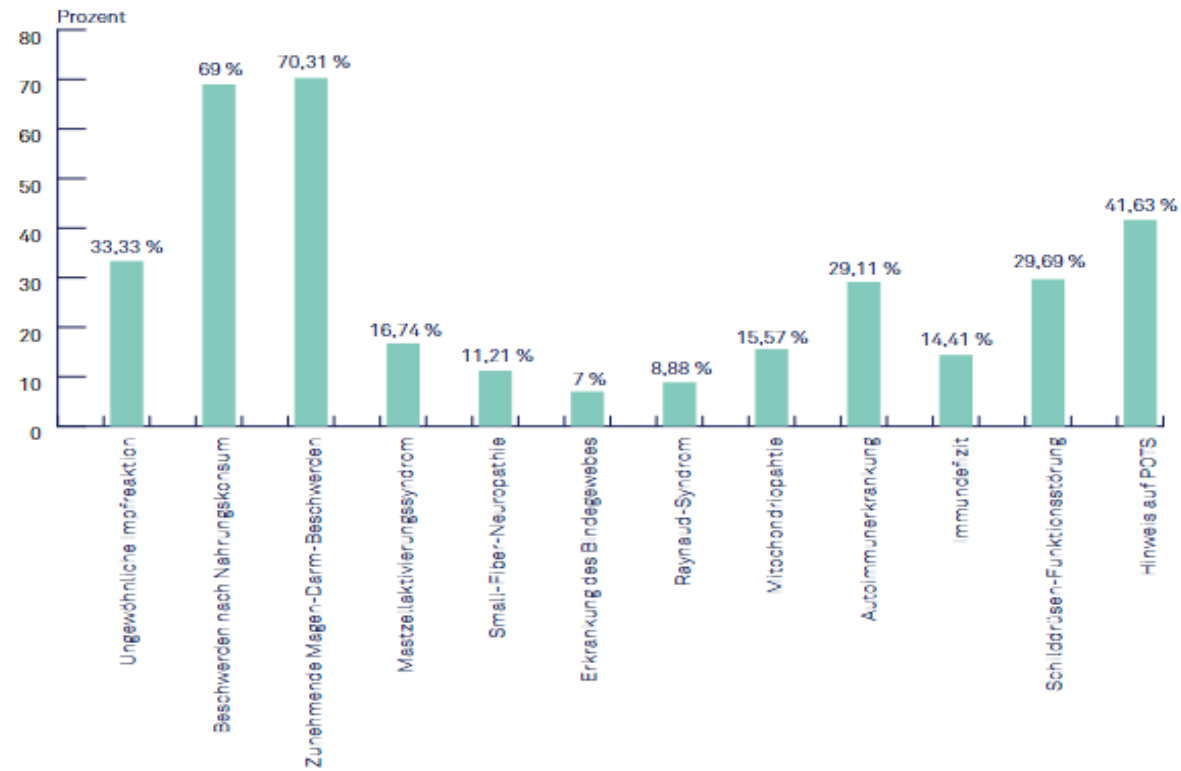
Aktueller Erwerbsstatus



■ nicht berufstätig/pensioniert ■ in Ausbildung ■ Teilzeit ■ Vollzeit

Komorbiditäten/Symptome

(seit ME/CFS-Diagnose neu diagnostiziert/erworben)



Endotheliale Dysfunktion

Endothelial dysfunction in ME/CFS

The **endothelium** – a thin layer of cells lining every blood vessel – plays a pivotal role in regulating blood flow, blood clotting, and inflammatory responses. Research suggests that ME/CFS may involve **damage** to the endothelium leading to endothelial dysfunction (**improper functioning** of the endothelium).

ME/CFS research suggests:

significantly impaired endothelial function in both small and large vessels compared to healthy controls

endothelial senescence (aging) leading to endothelial dysfunction

herpesvirus infection, such as Epstein-Barr virus (EBV) and HHV-6, could contribute to damage of endothelium

endothelial cells lining blood vessel

reduced nitric oxide production in ME/CFS may suggest mechanism of endothelial dysfunction

increased microRNAs in ME/CFS indicate endothelial dysfunction

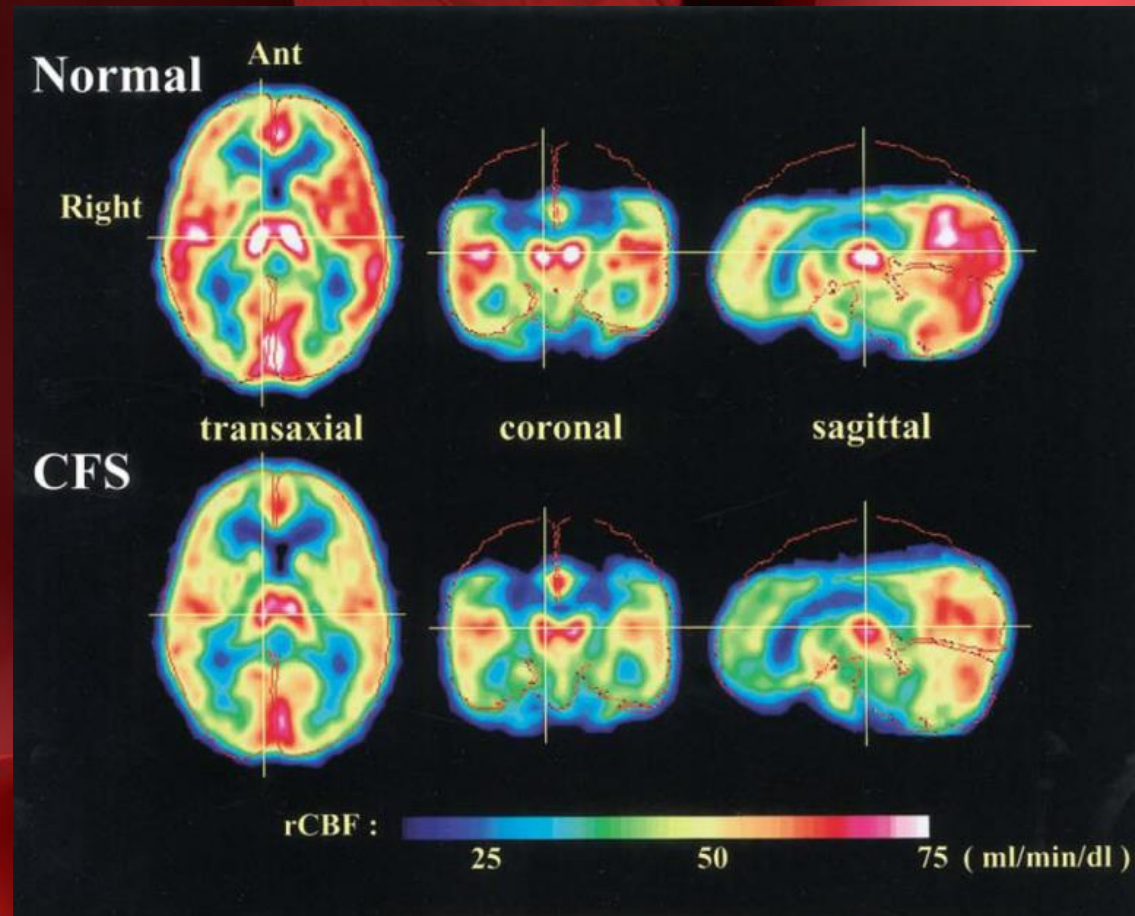
endothelial dysfunction may contribute to orthostatic intolerance in ME/CFS

INFORM. INFLUENCE. INVEST.



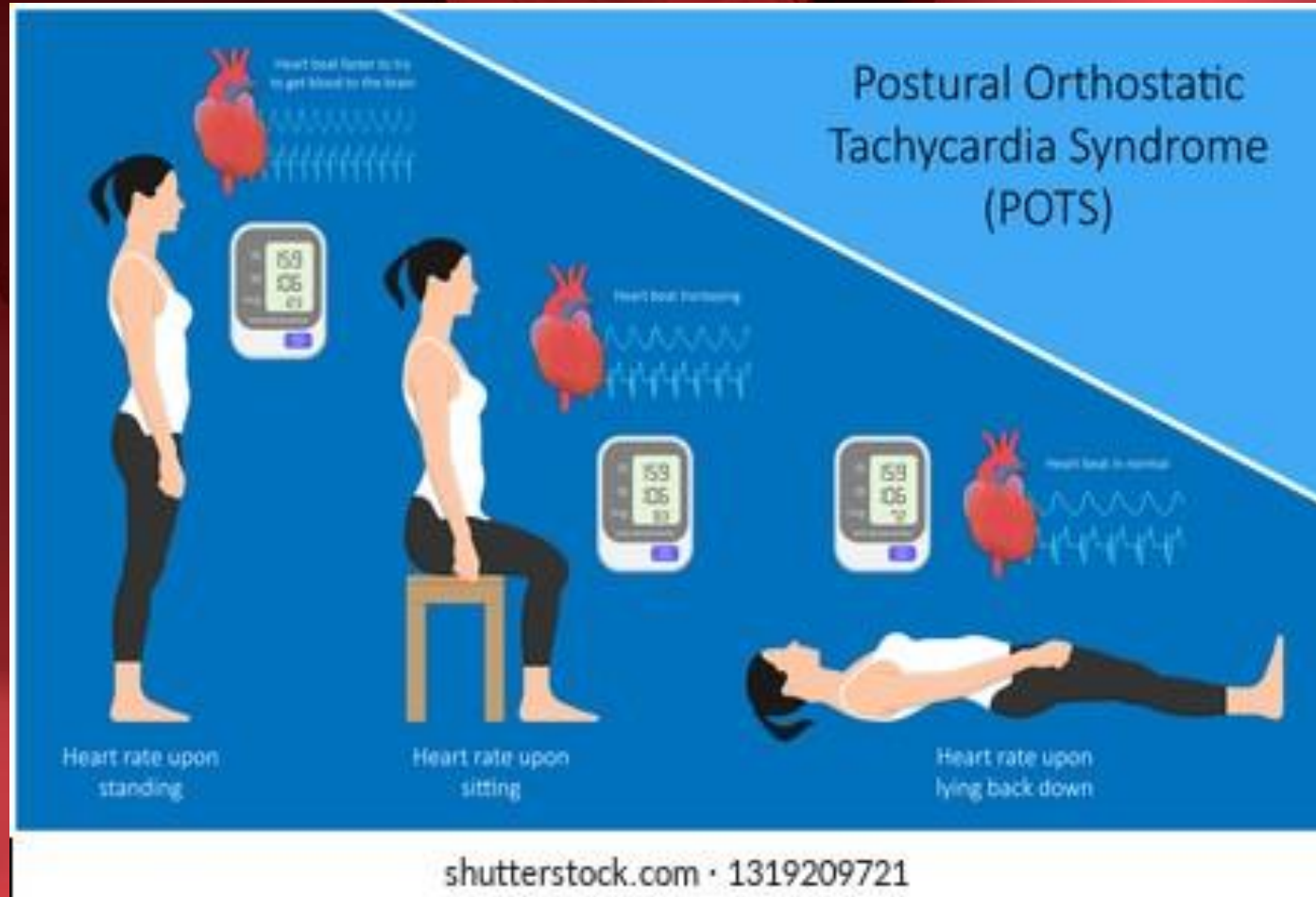
- Stickstoffmonoxid-Produktion der Endothelzellen durch Plasma von ME/CFS-Erkrankten eingeschränkt
- Überaktivierung von Blutplättchen und vermehrte Mikrogerinnsel
- Erhöhte Level von Autoantikörpern
- Eingeschränkte Verformbarkeit von roten Blutkörperchen

Reduzierter cerebraler Blutfluss



Vaskuläre Dysfunktion

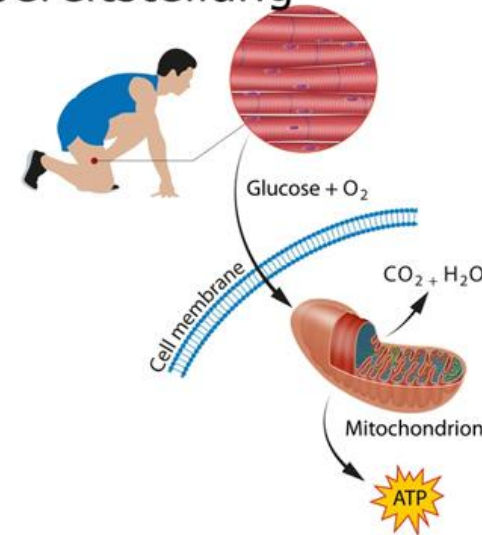
➡ Orthostatische Intoleranz



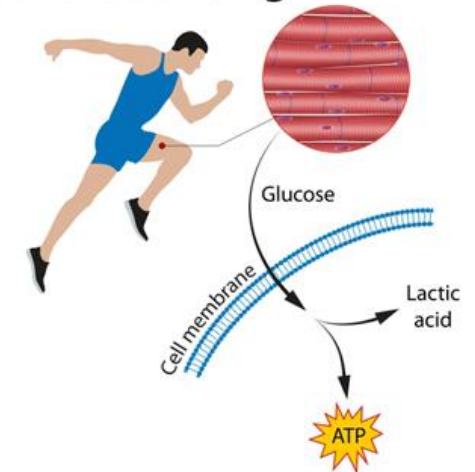
Störung des Energiestoffwechsels

- Sauerstoffsättigung im Muskelgewebe erholt sich bei ME/CFS-Pat. langsamer nach Kompression oder Kraftübungen
- Im kardiopulmonalen Belastungstest kommt es zu einer eingeschränkten systemischen Sauerstoffversorgung
- Bei Mangel an O_2 wird im Körper auf anaerobe O_2 -Versorgung umgeschaltet (direkt im Zytoplasma der Muskelzelle, nicht in den Mitochondrien)
- Laktatspiegel von ME/CFS-Erkrankten steigt auf das 3,5fache im Vergleich zu Gesunden
- Bei wiederholtem kardiopulmonalem Belastungstest kommt es bei ME/CFS-Pat. (nicht bei Gesunden!) zu einem starken Einbruch im Ber. der anaeroben Schwelle (Laktatbildung und -abbau nicht mehr im Gleichgewicht) mit massiver Leistungsver schlechterung = Post-Exertionelle Malaise (PEM)
- Geringere Glucose-Aufnahme im Gehirn als Zeichen des einer eingeschränkten Energiestoffwechsels

Aerobe Energiebereitstellung



Anaerobe Energiebereitstellung



Sciadoo.de

Long COVID

- Gestörte adrenerge und acetylcholinerge Signalübertragung durch
- geringere Bindung von Neurotransmittern an Rezeptoren und
 - veränderte Zytokinproduktion

Autoantikörper führen zu verschiedensten autoimmunen Prozessen



Differentialdiagnostik (EUROMENE) [3]

Hypothyreose, Hyperthyreose (medizinisch nicht überwacht)

Maligne Erkrankungen

Rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematoses, Polymyositis, Sjögren-Syndrom, Psoriasis-Arthritis

Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zoliakie

Post-Konkussions-Syndrom, Post-Intensivstation-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörung

Herzerkrankungen, wie z.B.: Herzinsuffizienz

Schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung, andere schwere Atemwegserkrankungen

Schwere Anämie, Vitamin-B12-Mangel, Hämochromatose

Nierenversagen

Diabetes mellitus

Morbus Addison oder Cushing-Syndrom, Hyperparathyreoidismus und andere endokrine Störungen

Bipolare Störung, Schizophrenie, schwere Depression, Anorexie, Bulimie, Autismus

Multiple Sklerose, Myasthenia gravis, andere neuroimmunologische Erkrankungen, paraneoplastische Syndrome

Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Schlaganfall, andere schwerwiegende neurodegenerative Erkrankungen

Schlafapnoe, Narkolepsie

Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS, Neuroborreliose, andere chronische Infektionen

Übermäßiger Konsum/Missbrauch von Alkohol oder anderen Substanzen

Therapie

Pacing:

- = In der eigenen – von Tag zu Tag verschiedenen – Leistungsgrenze bleiben, um eine Zustandverschlechterung durch Post exertionelle Malaise (PEM) möglichst zu vermeiden
- Ziel von Pacing ist es nicht, die Aktivität zu steigern, sondern „auf die eigene Belastungsgrenze zu hören“. Es gibt daher keine strengen Regeln oder „Fitness-Ziele“-es bedarf viel mehr einer individuellen Herangehensweise um Verschlechterungszustände bestmöglich zu vermeiden und den Zustand zu stabilisieren
- Dies gilt für alle Belastungen und Sinneseindrücke!

Medikamentöse Therapie

Grundsätze:

- Orientierung an Leitlinien/Konsensus-Statements
- Therapiebeginn mit den am stärksten ausgeprägten Symptomen und
- mit Medikamenten, die keine schweren Nebenwirkungen verursachen.
- Mit niedrigen Dosierungen beginnen, langsam steigern bei Besserung bzw. Fehlen von NW
- Reduktions/Auslassversuche im Verlauf
- Cave: Einfluss von Med. auf Diagnostik

Medikament/Medikamentenklasse	in Anspruch genommen von	Zustandsverbesserung		
	(%)	keine (%)	phasenweise (%)	dauerhaft (%)
Immunglobuline (subkutan/intravenos)	10,92	57,33	24,00	18,67
Antihistaminika/Mastzellstabilisatoren	59,24	51,84	32,19	15,97
Antibiotika	38,57	69,81	18,49	11,70
Virostatika	15,87	66,06	25,69	8,26
Cholinesterasehemmer	14,41	62,63	23,23	14,14
Antikonvulsiva	15,87	56,88	29,36	13,76
Beta-Blocker	27,51	43,92	26,98	29,10
IF-Kanal Hemmer	12,95	31,46	29,21	39,33
Low-dose Naltrexon	26,06	45,25	32,96	21,79
Low-dose Aripiprazol	18,20	53,60	22,40	24,00
Saure Nichtopioid-Analgetika	71,47	60,49	37,08	2,44
Nichtsaure Nichtopioid-Analgetika	37,55	63,18	35,27	1,55
Serotonin-Antagonist-und-Wiederaufnahmehemmer	19,65	67,41	21,48	11,11
Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	5,10	71,43	25,71	2,86
Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	32,90	71,68	17,26	11,06
Selektive Noradrenalin-/Dopamin-Wiederaufnahmehemmer	10,04	76,81	18,84	4,35
Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	19,78	67,65	17,65	14,71
Benzodiazepine	23,73	55,21	34,00	9,82

Indikations-Medikamentenliste für PAIS und ME/CFS in Österreich

Mit der Indikation (IND): ME/CFS und postakute Infektionssyndrome (PAIS) wie Post-COVID Syndrom werden die in der Liste genannten Medikamente ab sofort von der ÖGK, BVAEB und SVS übernommen.

Falls es anfangs noch Probleme mit der ÖGK geben sollte, bitte Mail an: sekre-md@oegk.at. Wenn Sie bei einer anderen Kasse krankenversichert sind (z.B. BVAEB, SVS), dann müssen Sie sich diesbezüglich mit dem medizinischen Dienst dieser Kasse in Verbindung setzen.

Wichtig: Die Medikamente sind für diese Indikationen nur off-label verfügbar, d.h. es braucht eine gründliche Aufklärung und Einverständnis der Patient:innen zur Therapie. Wie üblich muss auf Wechselwirkungen und Kontraindikationen geachtet werden. Laut rezenter Literatur sind diese Medikamente sehr vielversprechend und werden bereits häufig erfolgreich zur Symptomverbesserung und -linderung angewendet:

1. Gestörter Schlaf-/Wach-Rhythmus
 - a) **Melatonin (retard, z.B. Circadin 2-4mg)**
2. Für Symptome, der Mastzellaktivierung (MCAS) oder entsprechender Syndrome wie Mastzellüberaktivität im Rahmen von PAIS und ME/CFS in Bezug auf Tachykardie:
 - a) **H1 und H2-Blocker** (Desloratadin, Cetirizin, Dibondrin, Atarax, Famotidin, Cimetidin, Rupatadin...)
 - b) **Ketotifen, Cromoglicinsäure**
3. Für mittels Schellong-Tests/Kipptisch nachgewiesenes Posturales Tachykardiesyndrom (PoTS) im Rahmen von PAIS und ME/CFS in Bezug auf Tachykardie:
 - a) **(Kardioselektive) β -Blocker wie z.B. Nebivolol**
 - b) **Ivabradin**
4. Für mittels Schellong-Tests/Kipptisch nachgewiesene orthostatische Intoleranz/PoTS bei PAIS und ME/CFS:
 - a) **Mestinon – Magistraliter-Rezept mit 10mg und „normal“ mit 60mg**
 - b) **Midodrine (Gutron)**
 - c) **Fludrocortison (Astonin H)**
5. Endotheliale Dysfunktion, proBNP-Erhöhung, Prävention vor KHK und PEM bei PAIS und ME/CFS:
 - a) **Statine wie z.B. Atorvastatin 10mg**
 - b) **Magnosolv**
 - c) **Dioscomb**
6. Endotheliale Dysfunktion, Mikrothromben, Durchblutungsstörungen bei PAIS und ME/CFS:
 - a) **TASS (50mg), Sulodexide, Clopidogrel**
 - b) **Cerebogan 80mg**
7. Kognitive Dysfunktion (V.a. Neuroinflammation) bei PAIS und ME/CFS
 - a) **Low-Dose-Naltrexon (Magistraliter-Rezept 0,5 mg bis 5mg)**
 - b) **Low-Dose-Aripiprazol (Magistraliter-Rezept 0,25 mg bis 2mg)**
 - c) **Fluvoxamin (plus depressive und Zwangsgedanken)**
 - d) **Guanfacin (nicht bei Kindern) + N-Acetylcystein**

Pflege

- Hohe Reizempfindlichkeit, deswegen Abschirmung von Lärm, Licht
- Akzeptieren der individuellen Belastungsgrenze
- Verständnis und Gefühl für die Schwere der Erkrankung
- Hohe Flexibilität – was an einem Tag passt kann am nächsten bereits zu viel sein
- Kenntnis und Management der Komorbiditäten

Soziale Absicherung

- Anerkennung der funktionalen Einschränkungen und Schwere von ME/CFS zur Sicherung von Unterstützungsleistungen und entsprechende gesetzliche Verankerung
- Umsetzung von Maßnahmen zum Wissensaufbau
- gezielte Fortbildung von GutachterInnen im Sozialsystem
- Einführung eines systemübergreifenden Case-Managements

To Do's

- Aufbau von Wissen und Expertise
- Forschungsförderung
- Schaffen von Strukturen auf allen Ebenen der PatientInnenversorgung:
 - Spezialisierte Anlaufstellen: ambulante Strukturen, spezialisierte FachärztInnen
 - Aufsuchende Behandlungen
 - Stationäre Strukturen
 - Pflegeplätze
 - Telemedizinische Angebote

- Psychiatrische stationäre Aufenthalte möglichst vermeiden
- Wenn nicht möglich: Vor Zuweisung zur stationären Aufnahme von Pat. mit ME/CFS diese bitte unbedingt vorankündigen!
- Neue Anlaufstelle am Univ.Klinikum in Planung



The screenshot shows the website for 'SELBSTHILFE STEIERMARK' with the tagline '— jugend am werk'. The navigation bar includes links for 'Service- und Kontaktstelle', 'Aktuelles', 'Projekte', 'Selbsthilfegruppen', 'Kontakt', and a search function. The main content area features two sections: 'Post Covid/Long Covid' with contact information for IG Safe, and 'Long Covid Südoststeiermark' with contact information for a SHG.

SELBSTHILFE STEIERMARK
— jugend am werk

Service- und Kontaktstelle ▾ Aktuelles Projekte ▾ Selbsthilfegruppen ▾ Kontakt ▾ Suche

Post Covid/Long Covid
IG Safe – Soziale Absicherung für Erkrankte (ME(CFS))
Markus Feiertag, 0664 4242 765
[info\(at\)igsafe.at](mailto:info(at)igsafe.at): www.igsafe.at

Long Covid Südoststeiermark – SHG für Betroffene von Long Covid und Post Covid
Kontakt: [long-covid.so\(at\)outlook.com](mailto:long-covid.so(at)outlook.com)



[2025.06.13 Empfehlung Diagnostik- und Ersttherapie-
Algorithmus fuer MECES auf der Basisversorgungsebene.pdf](#)

Prim. Dr. Ursula Grammaizbauer, 2020

Quellen:

- Deutsche Gesellschaft f. ME/CFS, [Pathophysiologie von ME/CFS — Deutsche Gesellschaft für ME/CFS](#)
- Care for ME/CFS, Österr. Ges. f. ME/CFS, Medizinische Universität Wien [Care for ME/CFS - Praxisleitfaden für die Versorgung von ME/CFS Betroffenen](#)
- Carruthers BM, et al. Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom. Journal of Chronic Fatigue Syndrome, 2003; 11(1):7–115. Verfügbar unter: doi.org/10.1300/j092v11n01_02
- Jason. Die Entwicklung einer überarbeiteten kanadischen Myalgischen Enzephalomyelitis Chronische Erschöpfungssyndrom-Falldefinition" American Journal of Biochemistry and Biotechnology, 2010; 6(2):120–35. Verfügbar unter: doi.org/10.3844/ajbbbsp.2010.120.135
- Ausschuss für die diagnostischen Kriterien für myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom; Board für die Gesundheit ausgewählter Bevölkerungsgruppen; Institut für Medizin. Über die myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom hinaus: Eine Krankheit neu definieren. Washington (DC): National Academies Press (USA); 10. Februar 2015. 3, aktuelle Falldefinitionen und diagnostische Kriterien, Terminologie sowie Symptomkonstrukte und -cluster. Verfügbar bei: ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK284898/#
- [Step Map](#) [StepMap - Deutschsprachiger Raum - Landkarte für Europa](#)
- [Studienerfolg verspricht wirksame Hilfe für Long-COVID-Betroffene | Helios Klinik Leisnig](#)



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!