

Aktuelle Zahlengrundlage für

spezialisierte

ME/CFS-Behandlungsstellen

in der extramuralen Fachversorgung in den
österreichischen Bundesländern

Inhalt

1. Schätzung der zu erwartenden ME/CFS-Patient:innen in ME/CFS-Behandlungsstellen der Fachversorgung im extramuralen Sektor	1
1.1. Schätzung der ME/CFS-Prävalenz in der Bevölkerung basierend auf internationalen Studien und Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Deutschland	1
1.2. Schweregrade der ME/CFS-Erkrankung	2
1.3. Verteilung der Schweregrade	3
1.4. Anwendung und Schätzungen für Österreich	4
1.5. Schätzung der Patient:innenzahlen für ME/CFS-Behandlungsstellen der Fachversorgung im extramuralen Sektor	4
2. Referenzen	5

Autorinnen

Univ.-Prof. Dr. Kathryn Hoffmann, MPH

Assoc.-Prof. DDr. Eva Untersmayr-Elsenhuber

Herausgegeben von

Nationales Referenzzentrum für postvirale Syndrome, Medizinische Universität Wien

<https://www.meduniwien.ac.at/web/referenzzentrum-postvirale-syndrome/>

Finanziert durch

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Version

Mai 2025, das Dokument wird basierend auf den neuesten, verfügbaren Daten laufend adaptiert

Bild Titelseite: ©Freepik, starline

1. Schätzung der zu erwartenden ME/CFS-Patient:innen in ME/CFS-Behandlungsstellen der Fachversorgung im extramuralen Sektor

Da in Österreich keine Diagnosedaten aus dem extramuralen Sektor vorliegen und die wenigen verfügbaren Daten aus dem Krankenhaus-, Sozialversicherungs- und Rehabilitationsbereich in Bezug auf ME/CFS unvollständig und nicht verknüpfbar sind, kann der Bedarf an Behandlungsstellen für ME/CFS-Patient:innen derzeit nur über eine Schätzung erfolgen. Diese basiert auf internationalen Studien zur ME/CFS-Prävalenz in der Bevölkerung sowie auf Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Deutschland.

Eine direkte Erhebung durch erweiterte Simulationen oder eine klinische Prävalenzstudie wäre zwar wünschenswert, würde jedoch finanzielle und zeitliche Ressourcen erfordern, die erst zur Verfügung gestellt werden müssten. Angesichts des akuten Bedarfs an Versorgungsstrukturen für ME/CFS ist es daher erforderlich, die Implementierung von Behandlungsstellen auf Grundlage dieser Schätzwerte voranzutreiben und parallel – sobald eine diesbezügliche öffentliche Forschungsförderung verfügbar ist – genauere epidemiologische Daten zu erheben.

1.1. Schätzung der ME/CFS-Prävalenz in der Bevölkerung basierend auf internationalen Studien und Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Deutschland

Präpandemisch existieren drei Metaanalysen bzw. epidemiologische Studien zu diesem Thema (2-4). Die aktuellste und umfassendste ist von Lim et al. (2020)(2) mit **gepoolter Prävalenz von 0,4%, Metaanalysen-Prävalenz von 0,7% und durchschnittlicher Prävalenz von 0,9%**. Allerdings sind die Limitationen zu beachten: Einerseits besteht eine Überschätzung durch die Verwendung veralteter Diagnosekriterien (wie z.B. die CDC-1994 Kriterien). Nachdem bei diesen Kriterien die postexertionelle Malaise (PEM) nicht verpflichtend als Leitsymptom von ME/CFS erhoben wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse überschätzt wurden, weil dadurch z.B. eine einfache chronische Fatigue als ME/CFS fehldiagnostiziert wurde. Auf der anderen Seite deuten jedoch viele Studien darauf hin, dass ME/CFS, unabhängig davon mit welchen Diagnosekriterien erhoben wird, deutlich unterdiagnostiziert wird. Die Gründe dafür sind: (1) das Wissen in der Ärzt:innenschaft zu der Krankheit ist begrenzt und wird daher nicht oder falsch diagnostiziert und codiert. (2) Spezialisierte Behandlungsstellen (die auch qualifizierte Diagnosen vergeben könnten) fehlen, sind privat zu finanzieren oder haben monate- bis jahrelange Wartezeiten auf einen Termin. (3) Bestimmte Diagnoseklassifizierungssysteme wie ICPC2 haben gar keinen Diagnosecode für ME/CFS, bei anderen wie dem ICD10 fehlen spezifische Diagnosecodes für einige der Kernsymptome wie PEM gänzlich, was wiederum zu einer deutlichen Unterschätzung der Prävalenz-Datensätze führt, die allein auf ärztlichen Diagnosen oder Codierungen basieren.

Weiters existieren vier Primärstudien, die die Prävalenz von ME/CFS unter Berücksichtigung von PEM als Leitsymptom erhoben haben (5-8). Diese ergaben, wieder unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Limitationen, **für Erwachsene eine Prävalenz von 0,1 – 0,3% und für Kinder von 0,75-0,98%**.

Berücksichtigt man jetzt noch zusätzlich die Zahlen der KBV Deutschland zu ME/CFS aus präpandemischer Zeit (2019; 400.000 Personen), kann eine durchschnittliche **Prävalenz von 0,4%** geschätzt werden. Wiederum mit den bereits oben beschriebenen Limitationen der Unterschätzung durch die Verwendung von Diagnosedaten und dem Fehlen aller privat Versicherten. Allerdings kann es bei diesen Zahlen auch zur Überschätzung kommen, da bei den KBV-Daten Behandlungsfälle zählt und damit auch mehrfach Zählungen pro Jahr vorkommen können. Diese Schätzung wurde unter Berücksichtigung der Limitationen auch in dieser Form vom Deutschen Institut für Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in ihrem Bericht zu ME/CFS angeführt, welcher auf 0,2-0,4% Bevölkerungsprävalenz präpandemisch kam (9).

Aus diesen Überlegungen heraus, ist die Annahme von einer ME/CFS-Prävalenz in der Bevölkerung von ca. 0,4% präpandemisch unter Berücksichtigung der Limitationen eine plausible Annäherung.

Auf Anfrage durch die ME/CFS Research Foundation bei der KBV stieg die Zahl der ME/CFS-Behandlungsfälle im Jahr 2022 auf 570.000 Menschen und im Jahr 2023 auf 620.000 Menschen an **(0,74%)** (10).

Rezente, systematische Literaturanalysen und Studien berichten von einem, je nach Risikofaktoren (Impfstatus, Variante, Geschlecht, Alter, Vorerkrankungen, genetische Faktoren, Anzahl der Infektionen etc.), ca. 5-30%igen Long-COVID Risiko nach Infektion mit SARS-CoV-2 (11-14). Daten vom Office for National Statistic UK (ONS)- und Statistic Canada zu Long-COVID geben Hinweise zur Symptomlast in der Bevölkerung (15, 16). Bei konservativer Schätzung, dass ca. 5-15% der Long-COVID Erkrankten den ME/CFS-Subtyp entwickeln (14, 17-24), ist eine konservativ geschätzte Verdopplung der Fallzahlen auch für Österreich nicht nur mit Referenz auf die deutschen KBV-Daten zu erkennen. Eine aktuelle deutsche Studie nimmt an, dass ca. 3,5% der Long-COVID-Erkrankten im ersten Jahr ME/CFS entwickeln und unter denen, die länger als ein Jahr von Long-COVID betroffen sind, entwickeln ca. 20% ME/CFS (10). Diese deutsche Studie gibt die Gesamtzahl der ME/CFS-Betroffenen mit Ende 2024 mit ca. 650.000 Personen an **(0,78%)**. Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) gaben für das Jahr 2022 für die erwachsene US-Bevölkerung eine ME/CFS-Prävalenz von **1,3%** an, welche jedoch durch die Methodik wiederum eher überschätzt ist (25). Im Kontrast zur CDC-Studie wurden aktuell Zahlen aus England publiziert, die alleine auf Basis von Codierungsdaten die Bevölkerungsprävalenz-Situation mit **0,6%** wiederum eher unterschätzen (26).

Aus diesen Überlegungen heraus, ist die Schätzung einer ME/CFS-Prävalenz in der österreichischen Bevölkerung von ca. 0,70 - 0,8% im Jahr 2024 eine plausible Annäherung.

Je nach Status der Infektionsprävention in Bezug auf SARS-CoV-2/Influenza/EBV etc. und der Anzahl der jährlich Neuinfizierten wird diese Zahl weiter steigen.

1.2. Schweregrade der ME/CFS-Erkrankung

Nach internationalen Leitlinien und Studien lässt sich ME/CFS, je nach beruflichen, gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten sowie selbstständiger Körperpflege, grob in vier Schweregrade einteilen (27):

„Leicht“

Es kommt zu einem ca. 50% reduzierten Aktivitätslevel, im Vergleich zu vor der Erkrankung. Menschen mit leichtem ME/CFS können sich in der Regel selbst versorgen, allerdings stellen alltägliche Tätigkeiten wie Haushaltsaufgaben eine Herausforderung dar. Arbeit oder Ausbildung sind **unter Einschränkungen** noch möglich. Beispielsweise werden dazu die Arbeitszeit reduziert oder sonstige Freizeit- und sozialen Aktivitäten eingestellt. Freie Tage und Wochenenden werden genutzt, um den Rest der Woche bewältigen zu können.

Moderat

Menschen mit moderatem ME/CFS sind in ihrer Mobilität und auch sonst in allen Aktivitäten des täglichen Lebens entscheidend eingeschränkt, auch wenn es oft stärkere Schwankungen in der Symptomatik und dem Aktivitätslevel gibt. Sie können in der Regel **nicht arbeiten oder studieren und sind oft ans Haus gebunden**. Bereits

	leichte Belastungen, wie zum Beispiel ein Arzttermin, ein Einkauf oder auch schon ein kurzer Spaziergang führen zu Zustandsverschlechterungen im Rahmen der PEM
Schwer	Bei schwer von ME/CFS Betroffenen ist PEM so stark ausgeprägt, dass bereits einfache Aktivitäten wie Duschen, Zähneputzen oder einfach nur aufrecht zu stehen, zu einer schweren Zustandsverschlechterung führen können. Die meisten schwer betroffenen Patient:innen können das Bett nur für kurze Zeit verlassen und sind daher stark auf fremde Hilfe angewiesen . Sie haben schwere und oft anhaltende beeinträchtigende Symptome wie Schmerzen und kognitive Beeinträchtigungen (z.B. Konzentration, Möglichkeit einem Gespräch zu folgen)
Sehr schwer	Sehr schwer Betroffene sind vollständig ans Bett gebunden und bei grundlegenden Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen . Bei sehr schwer an ME/CFS Erkrankten ist die Reizempfindlichkeit oft besonders stark ausgeprägt. Für sie bedeutet das, dass sie isoliert in absoluter Stille und Dunkelheit leben müssen, um eine Zustandsverschlechterung durch Reize zu vermeiden. Für sie ist oft auch selbstständige Nahrungsaufnahme oder Sprechen nicht mehr möglich.

Tabelle 1: Beschreibung der vier Schweregrade nach NICE (27)

1.3. Verteilung der Schweregrade

Laut internationalen und österreichischen Studien, sind etwa 60-65% der ME/CFS-Erkrankten so schwer betroffen, dass sie überwiegend nicht mehr arbeitsfähig sind. Ca. 15-20% sind „leicht“, d.h. nur eingeschränkt oder mit privaten Einschränkungen arbeitsfähig. Nur eingeschränkt arbeitsfähig zu sein kann sich darin äußern, dass die Freizeit der Arbeitsfähigkeit geopfert wird, Arbeitsstunden reduziert werden müssen, wiederholte Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (AUM) erforderlich sind oder eine Mitversicherung über Partner bzw. Partnerin notwendig wird. Etwa 20% der ME/CFS-Betroffenen sind so schwer erkrankt (schwer und sehr schwer), dass sie haus- oder bettgebunden sind (1). Die Limitation bei diesen Erhebungen ist immer, dass durch die Art der Befragung die Zahl der Schwer- und Schwerstbetroffenen unterschätzt werden könnte, da sich diese kaum bzw. nicht mehr an derartigen Studien beteiligen können.

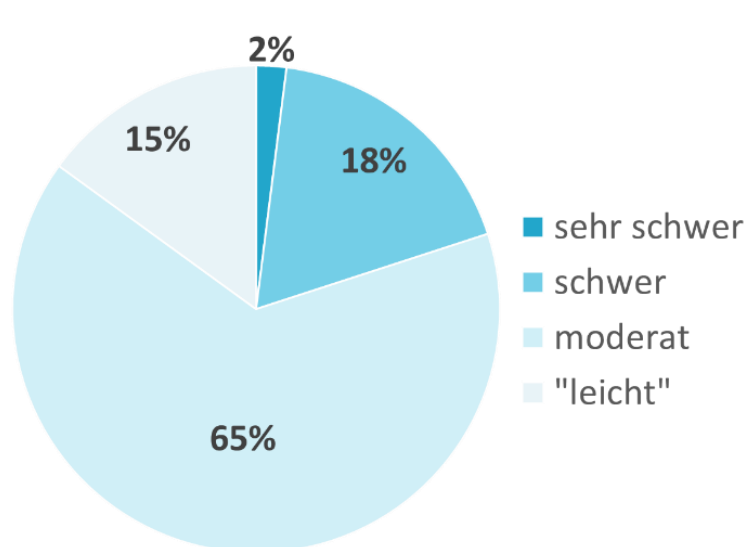


Abbildung 1: Schweregrad der ME/CFS-Betroffenen lt. CCCFS-Fragebogenstudie der MedUni Wien. Aus: (1)

1.4. Anwendung und Schätzungen für Österreich

Für Österreich ergeben sich daraus folgende Schätzungen (gerundet):

	Bevölkerungs- anzahl Anfang 2025	Gesamtzahl ME/CFS- Betroffener (0,8% der Bev.)	Moderat Betr.: Überwiegend nicht mehr arbeitsfähig (ca. 65%)	Schwer und sehr schwer Betr.: haus-/bettgebun- den (ca. 20%)
Österreich	9 198 214	73 600	47 800	14 700
Bgld.	301 819	2 400	1 600	500
Ktn.	570 194	4 600	3 000	900
NÖ	1 727 759	13 800	9 000	2 800
OÖ	1 535 677	12 300	8 000	2 500
Sbg.	572 905	4 600	3 000	900
Stmk.	1 271 940	10 200	6 600	2 000
T	777 773	6 200	4 000	1 200
Vbg.	411 748	3 300	2 100	700
W	2 028 399	16 200	10 500	3 300

Tabelle 2: Anzahl ME/CFS-Betroffener, Bevölkerungsanzahl Stand Jänner 2025

1.5. Schätzung der Patient:innenzahlen für ME/CFS-Behandlungsstellen der Fachversorgung im extramuralen Sektor

Nach Ableitung einer Gesamtzahl an ME/CFS-Betroffenen für Österreich und deren Verteilung auf die Bundesländer (Tabelle 2) werden erste Patient:innenzahlen für die Anfangsphase von neu errichteten Anlaufstellen geschätzt. Dazu werden folgende Annahmen getroffen, basierend auf klinischer Erfahrung und der wissenschaftlichen Literatur zu den Schweregraden (1):

- (1) Zahl der potentiellen Patient:innen, die **ein Zentrum aktiv aufsuchen können (=mobile Patient:innen)**, setzt sich zusammen aus:
 - Aus der klinischen Erfahrung heraus geschätzt ca. ein Drittel der „leicht“ Betroffenen, die ihre Symptome mit der Krankheit ME/CFS in Verbindung bringen und einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchen.
 - Den Moderat- und Schwerbetroffenen, wobei es aus der klinischen Erfahrung heraus geschätzt ca. die Hälfte der schwer und alle sehr schwer Betroffene nicht mehr schaffen, aktiv ein Behandlungszentrum aufzusuchen und ausschließlich auf aufsuchende Behandlung angewiesen sind.
 - Aufgrund der derzeit fehlenden flächendeckenden ärztlichen Expertise und Erfahrung zu ME/CFS kann davon ausgegangen werden, dass anfangs nur etwa 50% dieser unter (1) beschriebenen potentiellen Patient:innengruppe erkannt und in Behandlungsstellen überwiesen werden. In Bundesländern mit sehr wenig ärztlicher Expertise kann die Zahl auch auf 25% der mobilen Betroffenen reduziert sein am Anfang. Auf der anderen Seite werden auch Falschzuweisungen anfangs in einer größeren Anzahl vorkommen.
- (2) Zahl der Patient:innen, die ausschließlich auf **eine aufsuchende Behandlung angewiesen sind (nicht-mobile Patient:innen)** (= etwa die Hälfte der schwer und alle sehr schwer Betroffenen).
 - Aufgrund der aktuell fehlenden flächendeckenden Expertise und Erfahrung zu ME/CFS kann davon ausgegangen werden, dass anfangs nur etwa 50% der unter (3) beschriebenen Patient:innen (= etwa 1/2 der schwer und alle sehr schwer Betroffenen) erkannt und für eine

aufsuchende Behandlung überwiesen werden. In Bundesländern mit sehr wenig ärztlicher Expertise kann die Zahl auch auf 25% reduziert sein am Anfang.

- (3) Es muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl der überwiesenen Patient:innen in den Folgejahren zunimmt – einerseits durch bessere Aus- und Fortbildung der Ärzt:innen und Gesundheitsberufe zu ME/CFS und damit der besseren Diagnostik und Zuweisung der Patient:innen, andererseits durch die laufend wachsende Gesamtzahl an Betroffenen infolge weiterer Infektionen.**

	(1) Mobile ME/CFS-Patient:innen	(2) Mobile Patient:innen zu Beginn (50%)	(3) Nicht-mobile ME/CFS-Patient:innen	(4) Nicht-mobile Patient:innen zu Beginn (50%)
Österreich	58 100	29 050	8 100	4 050
Bgld.	1 900	950	270	135
Ktn.	3 600	1 800	500	250
NÖ	10 900	5 450	1 520	760
OÖ	9 700	4 850	1 350	670
Sbg.	3 600	1 800	500	250
Stmk.	8 000	4 000	1 120	560
T	4 900	2 450	680	340
Vbg.	2 600	1 300	360	180
W	12 800	6 400	1 790	890

Tabelle 3: Anzahl an potentiellen ME/CFS-Betroffenen, die anfangs überwiesen werden zu einem ME/CFS-Behandlungszentrum (gerundet)

Basierend auf den internationalen Daten und den oben ausgeführten Schätzungen können sich die Bundesländer zu Beginn auf die in Tabelle 3 markierten Zahlen von ME/CFS-Patient:innen einstellen, die jeweils entweder für die Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten Behandlungsstelle zugewiesen werden und/oder eine aufsuchende Behandlung benötigen.

Durch die zukünftig verbesserte Ausbildung/Diagnostik steht zu erwarten, dass in den Folgejahren mehr Erkrankte überwiesen werden. Zusätzlich kommen jährlich weitere Fälle hinzu.

In welchem Umfang die spezialisierten Behandlungsstellen letztlich starten, liegt in der Verantwortung der Bundesländer.

Es bieten sich vor allem im Anfangsstadium der Versorgung der Einsatz von Synergien an, sodass die geschaffene Infrastruktur zwar primär für ME/CFS-Patient:innen genutzt wird, jedoch auch von anderen Fachrichtungen bzw. Patient:innen mit anderen Krankheiten wie isolierte autonome Dysfunktionen bzw. Immundysfunktionen oder Autoimmunerkrankungen verwendet werden kann.

2. Referenzen

1. Hainzl A, Rohrhofer J, Schweighardt J, Hermisson J, Hoffmann K, Komenda-Lett M, et al. Care for ME/CFS: Praxisleitfaden für die Versorgung von ME/CFS-Betroffenen (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom). 2024.

2. Lim E-J, Ahn Y-C, Jang E-S, Lee S-W, Lee S-H, Son C-G. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *Journal of Translational Medicine*. 2020;18(1):100.
3. Johnston S, Brenu EW, Staines D, Marshall-Gradisnik S. The prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis. *Clinical epidemiology*. 2013:105-10.
4. Estévez-López F, Mudie K, Wang-Steverding X, Bakken IJ, Ivanovs A, Castro-Marrero J, et al. Systematic review of the epidemiological burden of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome across Europe: current evidence and EUROMENE research recommendations for epidemiology. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(5):1557.
5. Nacul LC, Lacerda EM, Pheby D, Campion P, Molokhia M, Fayyaz S, et al. Prevalence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) in three regions of England: a repeated cross-sectional study in primary care. *BMC medicine*. 2011;9:1-12.
6. Jason LA, Richman JA, Rademaker AW, Jordan KM, Plioplys AV, Taylor RR, et al. A community-based study of chronic fatigue syndrome. *Archives of internal medicine*. 1999;159(18):2129-37.
7. Crawley EM, Emond AM, Sterne JA. Unidentified chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) is a major cause of school absence: surveillance outcomes from school-based clinics. *BMJ open*. 2011;1(2):e000252.
8. Jason LA, Katz BZ, Sunnquist M, Torres C, Cotler J, Bhatia S. The Prevalence of Pediatric Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in a Community-Based Sample. *Child Youth Care Forum*. 2020;49(4):563-79.
9. IQWiG. Aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisstand zu Myalgischer Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS). 2023.
10. Daniell J, Brand J, Paessler D, Heydecke J, Schoening S, McLennan A. The rising cost of Long COVID and ME/CFS in Germany. Hamburg and Karlsruhe: ME/CFS Research Foundation and Risklayer; 2025.
11. Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, Topol EJ. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nature Reviews Microbiology*. 2023;21(3):133-46.
12. Al-Aly Z, Davis H, McCorkell L, Soares L, Wulf-Hanson S, Iwasaki A, et al. Long COVID science, research and policy. *Nature medicine*. 2024;30(8):2148-64.
13. Peluso MJ, Deeks SG. Mechanisms of long COVID and the path toward therapeutics. *Cell*. 2024;187(20):5500-29.
14. Peter RS, Nieters A, Göpel S, Merle U, Steinacker JM, Deibert P, et al. Persistent symptoms and clinical findings in adults with post-acute sequelae of COVID-19/post-COVID-19 syndrome in the second year after acute infection: A population-based, nested case-control study. *PLoS medicine*. 2025;22(1):e1004511.
15. ONS. Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 30 March 2023 [Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/30march2023>].
16. Kuang S. Experiences of Canadians with long-term symptoms following COVID-19. 2023.
17. González-Hermosillo JA, Martínez-López JP, Carrillo-Lampón SA, Ruiz-Ojeda D, Herrera-Ramírez S, Amezcua-Guerra LM, et al. Post-acute COVID-19 symptoms, a potential link with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a 6-month survey in a Mexican cohort. *Brain sciences*. 2021;11(6):760.
18. Sotzny F, Filgueiras IS, Kedor C, Freitag H, Bauer S, Sepúlveda N, et al. Dysregulated autoantibodies targeting vaso-and immunoregulatory receptors in Post COVID Syndrome correlate with symptom severity. *Frontiers in immunology*. 2022;13:981532.
19. Tokumasu K, Honda H, Sunada N, Sakurada Y, Matsuda Y, Yamamoto K, et al. Clinical characteristics of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) diagnosed in patients with long COVID. *Medicina*. 2022;58(7):850.
20. Bonilla H, Quach TC, Tiwari A, Bonilla AE, Miglis M, Yang PC, et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome is common in post-acute sequelae of SARS-CoV-2

infection (PASC): Results from a post-COVID-19 multidisciplinary clinic. *Frontiers in Neurology*. 2023;14.

21. Renz-Polster H, Scheibenbogen C. Post-COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz: Myalgische Enzephalomyelitis bzw. Chronisches Fatigue-Syndrom. *Die Innere Medizin*. 2022;63(8):830-9.

22. Komaroff AL, Bateman L. Will COVID-19 Lead to Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome? *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:606824.

23. Vernon SD, Hartle M, Sullivan K, Bell J, Abbaszadeh S, Unutmaz D, et al. Post-exertional malaise among people with long COVID compared to myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *Work*. 2023;74:1179-86.

24. Vernon SD, Zheng T, Do H, Marconi VC, Jason LA, Singer NG, et al. Incidence and Prevalence of Post-COVID-19 Myalgic Encephalomyelitis: A Report from the Observational RECOVER-Adult Study. *Journal of General Internal Medicine*. 2025:1-10.

25. Vahratian A, Lin J-MS, Bertolli J, Unger ER. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome in adults: United States, 2021–2022: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control; 2023.

26. Samms GL, Ponting CP. Unequal access to diagnosis of myalgic encephalomyelitis in England. *BMC Public Health*. 2025;25(1):1417.

27. NICE. Myalgic Encephalomyelitis (or Encephalopathy)/Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Management. NICE Guideline [NG206]. 29 October 2021. . 2021.