



## Hinweise zur Berichterstattung über ME

### Was ist ME?<sup>1,2</sup>

Die Myalgische Enzephalomyelitis ist eine chronische neuroimmunologische Krankheit, die zu schwerer Behinderung führen kann. Meist tritt sie nach einem viralen Infekt ein. Die genaue Ursache ist mangelhaft erforscht, doch diverse Dysfunktionen des Nervensystems, des Hormonsystems, des Immunsystems und weiterer Systeme und Organe konnten nachgewiesen werden.

Die Patient:innen leiden unter verschiedenen Symptomen wie Muskelschwäche, Schmerzen, grippeartiger Erschöpfung und schweren Konzentrationsstörungen. Das Leitsymptom ist die Post-Exertional Neuroimmune Exhaustion (PENE), eine langanhaltende Verschlechterung der Symptomatik, die bereits auf geringe körperliche, kognitive oder sensorische Belastung folgt.

Etwa 60% der Betroffenen sind arbeitsunfähig, rund 25% sind hausgebunden oder bettlägerig. Die Schwerstbetroffenen sind so schwer krank, dass sie ihr Leben vollständig bettlägerig und mit künstlicher Ernährung in abgedunkelten und schallisolierten Räumen verbringen müssen.

Laut einer Studie ist die Lebensqualität von ME-Patient:innen im Durchschnitt tiefer als die von Multiple Sklerose-, Schlaganfall- oder Lungenkrebspatient:innen.

Da ME mangelhaft erforscht ist, gibt es bis heute keinen allgemein anerkannten Marker für eine eindeutige Diagnose. Mithilfe der Internationalen Konsenskriterien (ICC) kann die Krankheit dennoch ab Krankheitsbeginn akkurat diagnostiziert werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ME im Jahr 1969 unter dem Code G93.3 als neurologische Krankheit klassifiziert.



## Einleitung

Da lange keine eindeutige körperliche Ursache für ME gefunden werden konnte, kam es zu einer folgenschweren Fehlkonzeption: Ab den 1980er Jahren wurde ME zunehmend mit einem psychischen bzw. psychosomatischen Krankheitsmodell erklärt. Die groteske Grundlage dieser Fehlkonzeption war, dass der hohe Anteil junger Frauen unter den Patient:innen einen Beleg für Hysterie als Ursache liefere.<sup>3</sup> 1988 entstand die Krankheitsbezeichnung CFS (Chronic Fatigue Syndrom). Die dazugehörigen Diagnosekriterien sind sehr unspezifisch und fokussieren vor allem auf das weit verbreitete Symptom Fatigue. Dies führte dazu, dass Menschen mit verschiedensten pathologischen Erschöpfungszuständen mit dieser eigentlich spezifischen Krankheit diagnostiziert wurden.

Auch der Begriff ist hoch problematisch, da er weder die Spezifität noch den Schweregrad der Krankheit angemessen erfasst und stark mit der psychosomatischen Fehlkonzeption assoziiert ist. In der Schweiz wird leider auch heute noch in den meisten Fällen unter dem Begriff CFS ohne korrekte Diagnosekriterien diagnostiziert. Während die Krankheit bei vielen medizinischen Fachpersonen verkannt ist, ist sie bei anderen gänzlich unbekannt, weshalb viele Patient:innen undiagnostiziert sind bzw. jahrelang auf eine Diagnose warten müssen.

Es gab immer verschiedene Hinweise darauf, dass ME eine körperliche Krankheit ist und spätestens seit 2015 gilt die Evidenz als gesichert. Auch die objektivierbare spezifische Zustandsverschlechterung nach Anstrengung konnte sich gegenüber der unspezifischen Fatigue international als Leitsymptom zur Diagnose durchsetzen.<sup>4</sup>

Der Antrieb der Patient:innen ist ungemindert. Sie haben Ziele, Pläne und viel Motivation, aber die Krankheit lässt sie nicht. In Ausnahmesituationen können Patient:innen kurzzeitig über ihre Grenzen gehen, darauf folgt dann der typische Crash. Diese führt wiederum häufig dazu, dass der Gesundheitszustand von Ärzten und dem Umfeld als inkonsistent wahrgenommen wird. Die Psychologisierung der Patient:innen und die damit verbundene Scham begünstigen, dass die Betroffenen ihre Symptome verstecken und wiederholt über ihre Grenzen gehen, was den Gesundheitszustand weiter verschlechtern kann.

Viele Vorurteile konnten sich trotz gegenteiliger Evidenz bis heute in der Allgemeinbevölkerung, bei den Sozialversicherungen und im Gesundheitswesen hartnäckig halten. Dies hat schwerwiegende Folgen für die Patient:innen. Weniger als ein Sechstel hat einen Arzt, der die Krankheit anerkennt und sich damit auskennt. Die Mehrheit der Betroffenen ist für Lebensunterhalt und Alltagsbewältigung von pflegenden Angehörigen abhängig, weil die Sozialversicherungen die Leistungen verweigern. Das Stigma macht auch vor dem sozialen Leben der Patient:innen nicht halt: Knapp die Hälfte hat durch die Krankheit den grössten Teil des Umfeldes verloren, darunter auch viele nahestehende Personen.<sup>5</sup>

Die Fehlkonzeption hat auch dazu geführt, dass ME-Patient:innen zu Therapien geraten wurde, welche ihren Gesundheitszustand stark verschlimmern. Auch in der Schweiz wurden viele ursprünglich mild oder moderat betroffene Patient:innen in die vollständige Bettlägerigkeit 'therapiert'.

*Diese Fehlkonzepte und damit auch ihre Folgen werden durch verschiedene Begriffe, Konzepte und Narrative reproduziert und aktualisiert.*

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie das vermieden werden kann. Alle Punkte in diesem Dokument gehen einher mit dem aktuellen Forschungsstand und einem breiten Konsens in der Schweizerischen und internationalen ME-Community.

## 1. Terminologie

*Die bevorzugte Terminologie ist Myalgische Enzephalomyelitis (ME). Der Kofferbegriff ME/CFS kann auch verwendet werden. CFS oder die verschiedenen Vollformen (Chronisches Müdigkeitssyndrom, Chronisches Erschöpfungssyndrom, Chronic Fatigue Syndrom) sind zu vermeiden.*

Die Begriffe ME und CFS sind unterschiedlich definiert, beschreiben nicht dieselbe Patientenpopulation und auch auf pathophysiologischer Ebene sind signifikante Unterschiede evident.<sup>2</sup> Entsprechend ist der Begriff ME zu bevorzugen.

Der Kofferbegriff ME/CFS ist aber unter den Patient:innen breit akzeptiert und kann deshalb ebenfalls verwendet werden. Der umgekehrte Kofferbegriff CFS/ME stammt aus einem psychosomatischen Kontext und ist in einem entsprechenden Narrativ verhaftet.

CFS und seine verschiedenen Vollformen sind stigmatisierend und trivialisierend und sollen deshalb nicht verwendet werden.<sup>4</sup> Eine Studie zeigt, dass Medizinstudent:innen dieselben Fallberichte als weniger schwerwiegend einstufen, wenn die Bezeichnung CFS anstelle von ME verwendet wird.<sup>6</sup> Der Begriff kann in abgrenzender Weise verwendet werden im Sinne von «z.T. wird für ME der trivialisierende Name CFS verwendet».

Chronische Müdigkeit, chronische Erschöpfung oder chronische Fatigue sind unspezifische Symptome, die bei vielen Krankheiten und psychischen Störungen vorkommen.<sup>2</sup> Es ist unzutreffend, sie als Krankheitsbezeichnungen zu verwenden.

## 2. ME ist eine eigenständige Krankheit

*Die Forschung anerkennt ME bzw. CFS als Krankheit im engeren Sinne. Der Begriff Syndrom soll weitestgehend umgangen werden, nur schon wegen seiner verharmlosenden Konnotation.*

In den internationalen Konsenskriterien und in den entsprechenden Leitlinien ist ME als spezifische neuroimmunologische Krankheit definiert, welche sich akkurat diagnostizieren lässt.<sup>7</sup> CFS ist weniger scharf definiert, wird aber im Bericht des Institute of Medicine (IOM) auch in dieser unschärferen Form eindeutig als Krankheit anerkannt. Dasselbe gilt für ME/CFS nach den Kanadischen Konsenskriterien<sup>8</sup> oder den vom IOM vorgeschlagenen Kriterien.<sup>4</sup>

ME bzw. ME/CFS sind in der Schweiz nur mangelhaft als Krankheit anerkannt. Deshalb ist es wichtig, eine entsprechend korrekte Sprache zu verwenden. Der Begriff 'Syndrom' ist inhaltlich falsch. Auch Umschreibungen wie 'medizinisches Phänomen' oder 'Krankheitsbild' lassen die Krankheit diffus und trivial erscheinen.

## 3. ME ist primär und nicht mit dem Symptom Fatigue zu verwechseln

*Sowohl ME bzw. ME/CFS beinhalten Fatigue als (mögliches) Symptom. Dies erlaubt aber nicht den Umkehrschluss, dass alles, was Fatigue beinhaltet, automatisch ME ist, oder gar, dass man ME als «Symptom einer anderen Krankheit» bezeichnen kann. Wenn es sekundär ist, ist es nicht ME, denn ME ist eine eigenständige neuroimmunologische Krankheit mit verschiedensten Symptomen. Dasselbe gilt für ME/CFS.*

Verschiedene Krankheiten, bei denen Fatigue ein zentrales Symptom ist, die aber nicht die Definition von ME erfüllen, müssen klar und eindeutig davon abgegrenzt werden. Dies betrifft unter anderem Adrenal Fatigue, Fibromyalgie, Burnout und andere psychiatrische Erkrankungen.

Diese Abgrenzung ist insbesondere sehr wichtig, da bei Fatigue z.T. Behandlungen helfen, die ME-Patient:innen schweren Schaden zufügen können.<sup>9</sup> Die Abgrenzung bedeutet aber nicht, dass bei ME bei diesen Patient:innen ausgeschlossen ist. ME kommt häufig komorbid mit anderen Krankheiten wie Fibromyalgie vor und Patient:innen können nach Krebs an ME erkranken. Dies äussert sich aber anders als die klassische Cancer Related Fatigue und muss anders behandelt werden.

#### 4. Fatigue ist nicht das zentrale Symptom

*Fatigue ist eines der häufigsten Symptome, weswegen Ärzte aufgesucht werden. Das Symptom kommt bei vielen – auch psychischen – Krankheiten vor. Bei vielen Menschen weckt die Betonung der Fatigue die Reaktion «Ich bin auch immer müde und gehe trotzdem arbeiten.» Fatigue soll nicht in den Mittelpunkt gerückt werden. Der Begriff Müdigkeit soll komplett vermieden werden.*

Das Symptom Fatigue ist stark mit psychischen Störungen wie Burnout oder Depression assoziiert. Da ME bzw. ME/CFS leider immer noch häufig als psychiatrisch/psychosomatisch missverstanden wird, muss diese Assoziation vermieden werden.

Fatigue ist bei ME explizit kein zwingendes Kriterium.<sup>7</sup> Bei den Diagnosekriterien, die mit dem Begriff ME/CFS arbeiten, ist Fatigue zwingend, aber nicht krankheitsspezifisch und explizit nicht krankheitsdefinierend.<sup>4,8</sup>

Der Begriff Müdigkeit ist trivialisierend und inhaltlich falsch. Die Erfahrung zeigt ausserdem, dass es bei vielen Leser:innen Reaktionen im Sinne «Ich bin auch immer müde, aber ich jammere nicht.» auslöst.

#### 5. Das zentrale Symptom ist PENE oder PEM

*Das zentrale Symptom bei ME ist die spezifische Zustandsverschlechterung nach Anstrengung.*

Die Zustandsverschlechterung bzw. Symptomverschlimmerung nach Anstrengen kann bereits auf eine geringe körperliche, kognitive oder sensorische Belastung folgen. Sie ist einerseits das Hauptsymptom bei ME und andererseits ein sehr spezifisches Symptom, das deshalb bei der Diagnose und bei der Abgrenzung zu anderen Krankheiten sehr wichtig ist.

Diese Zustandsverschlechterung bzw. Symptomverschlimmerung ist in den Internationalen Konsenskriterien (ICC) unter dem Begriff Post-Exertional Neuroimmune Exhaustion (PENE) spezifisch definiert.<sup>7</sup>

In den Kanadischen Konsenskriterien<sup>8</sup> und dem IOM-Bericht<sup>4</sup> bzw. den darin vorgeschlagenen Diagnosekriterien wird der weniger spezifisch definierte Begriff Post-Exertional Malaise (PEM) verwendet. Der Begriff Malaise (=Unwohlsein) kann verharmlosend wirken.

Vorzugsweise wird die Terminologie schlüssig zusammenhängend verwendet, d.h. PENE im Zusammenhang mit ME und PEM im Zusammenhang mit ME/CFS.

#### 6. ME ist nicht psychosomatisch

*Es reicht nicht, sich dem Begriff nach von der Psychosomatik zu distanzieren. Die Krankheit kann schlicht nicht mit psychosomatischen Erklärungsmustern erklärt werden.*

Die Forschung anerkennt ME bzw. ME/CFS eindeutig als körperliche Krankheit.<sup>4</sup> Das alte Vorurteil, ME bzw. ME/CFS wären psychosomatische Krankheiten, schadet den Patient:innen unter anderem indem es zu Fehlbehandlungen führt, welche ihnen schweren Schaden zufügen können.<sup>9,11</sup>

Deshalb ist auf psychosomatische Begriffe, Erklärungsmuster und Narrative zu verzichten. Dies schliesst unter anderem ein: charakterliche Prädisposition, psychodynamische Prozesse in der Pathogenese (Krankheitsentstehung), Somatisierung (Äusserung psychischer Probleme in körperlichen Symptomen), Perpetuierung und Verstärkung körperlicher Symptome durch psychische Probleme etc.

ME hat nichts mit Störungen wie Neurasthenie, Konversionsstörung bzw. Hysterie oder ähnlichem zu tun und soll nicht in deren Nähe gerückt oder damit gleichgesetzt werden.

## 7. Psychische Symptome sind kein typisches Merkmal

*Keine Definition von ME bzw. ME/CFS beinhaltet psychische Symptome, nicht einmal bei der sehr unspezifischen CDC-Definition<sup>10</sup> von CFS kommen solche vor.*

Leider werden ME bzw. ME/CFS immer noch häufig als psychiatrisch/psychosomatisch missverstanden. Dieses Vorurteil schadet den Patient:innen und führt zu Fehlbehandlungen.<sup>9,11</sup> Durch die Auflistung von psychischen Symptomen wird das Vorurteil bestärkt.

Selbstverständlich kann es bei ME – wie bei jeder schweren Krankheit – sekundär zu psychischen Problemen kommen. In einer Liste der Symptome der Krankheit haben sie aber nichts zu suchen.

Eine Studie belegt, dass die psychische Gesundheit bei ME relativ zur körperlichen Einschränkung sogar besser ist als bei vergleichbaren Krankheiten.<sup>12</sup>

## 8. ME ist nicht durch CBT (kognitive Verhaltenstherapie) therapierbar, GET (graduierte Aktivierungstherapie) ist schädlich

*Viele Gesundheitsämter weltweit vertreten mittlerweile diesen Punkt.<sup>13</sup> Der IOM-Bericht<sup>4</sup>, diverse Studien sowie viele Patientenbefragungen und Erfahrungsberichte von auf ME spezialisierten Ärzt:innen belegen es.<sup>9</sup>*

Dies gilt nicht nur für ME nach den internationalen Konsenskriterien (ICC), sondern auch für ME/CFS nach den Kanadischen Konsenskriterien und den vom IOM vorgeschlagenen Diagnosekriterien, unabhängig von Geschlecht, Alter etc.

Auch in der Schweiz gibt es sehr viele Patient:innen, welche durch diese 'Behandlungen' in die anhaltende Bettlägerigkeit 'therapiert' wurden. Deshalb reicht es nicht, zu sagen, dass GET nicht helfe. Die Botschaft, die vermittelt werden muss, lautet «GET schadet und Patient:innen müssen vor GET geschützt werden».

## 9. ME ist durch objektive Tests belegbar

*Es ist richtig, dass es keinen diagnostischen Biomarker für ME gibt. Bei ME-Patienten konnten aber verschiedene pathologische Mechanismen nachgewiesen werden (entzündliche Prozesse im Gehirn, spezifische Zytokinkonstellation, Metaboliten, Autoantikörper u.v.m.).<sup>14</sup>*

Es gibt keinen allgemein anerkannten Marker, der eine eindeutige Diagnose ermöglicht. Dies bedeutet aber keinesfalls, dass es keine objektiven pathophysiologischen Abweichungen bei ME-Patient:innen gibt. Selbst in gewöhnlichen Blutbildern weisen die meisten Patient:innen auffällige Befunde auf, die aber leider häufig nicht interpretiert werden können.

Darüber hinaus gibt es verschiedene spezifische Tests wie Zweitages-Herzkreislauf-Belastungstests, Handkraftmessung, Autoantikörper u.a., die ME objektivieren können. Es ist insofern nicht richtig zu sagen, dass ME nicht durch Bildgebung/Labortechnik gezeitigt werden kann.

## 10. Klare Sprache

*Das Bild von ME bzw. ME/CFS ist unter anderem dadurch verzerrt, dass die Krankheit diffus und nicht greifbar wirkt. Dem soll mit einer möglichst klaren und deutlichen Beschreibung und einem klaren, konsistenten Wording entgegengewirkt werden.*

Fachbegriffe sollen korrekt sein. Es sollen keine Fachbegriffe oder neue Krankheitsbezeichnungen erfunden werden. Eine Orientierung am Sprachgebrauch und Narrativ der internationalen Community und der einschlägigen Expert:innen ist hilfreich.

## 11. Bildsprache

Wenn ein typisches Bild im öffentlichen Bewusstsein stark mit Depression, Burnout und Müdigkeit verknüpft ist, eignet es sich nicht die Realität eines Lebens mit ME abzubilden

Es ist problematisch, wenn das Bild einer Krankheit, das sich ins öffentliche Bewusstsein einbrennt, nur die am mildesten Betroffenen repräsentiert. Insbesondere das Burnout-typische "Schreibtischmotiv" ist auf jeden Fall zu vermeiden, weil es der Realität der Betroffenen keineswegs gerecht wird. Alle hier gezeigten Bilder wurde in Berichten über ME verwendet. Typische Negativbeispiele sind:



Positivbeispiele bilden die Realität und den Alltag der Patient:innen ab und repräsentieren nicht nur mild Betroffene. Im besten Fall zeigen sie reale Patient:innen. Mindestens ein Viertel der Betroffenen ist hausgebunden oder bettlägerig. Auch weniger schwer Betroffene müssen viel liegen und sind oftmals auf Rollstühle angewiesen, um das Haus verlassen zu können.



Da viele ME-Patient:innen auf Rollstühle angewiesen sind, eignen sich Bilder, die in Datenbanken unter dem Stichwort 'Multiple Sklerose' zu finden sind. Die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS bietet Pressefotos für eine realistische Darstellung von ME an: [www.mecfs.de/presse/pressefotos/](http://www.mecfs.de/presse/pressefotos/)

## Fazit

Die Krankheit ME hat seit ihrer Aufnahme in die internationale Klassifikation der WHO in den 60er Jahren eine bewegte Geschichte hinter sich, was Krankheitsdefinitionen und Annahmen über die Ursache der Krankheit betrifft. Noch immer haftet der Krankheit ein Stigma an.

Umso wichtiger ist es deshalb, sprachlich und inhaltlich sorgfältig, korrekt und strategisch wohlüberlegt vorzugehen, wenn Texte, Vorträge oder Filme über ME veröffentlicht werden. Alle diese Kriterien sollten auch bei der Suche nach Referent:innen und Autor:innen für Projekte berücksichtigt werden.

Bitte beachten sie auch die Hinweise der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS:

[www.mecfs.de/me-cfs-haeufige-missverstaendnisse/](http://www.mecfs.de/me-cfs-haeufige-missverstaendnisse/)

## Einzelnachweise

1. Weitere Informationen und einschlägige Quellen finden Sie auf der Webseite der Schweizerischen Gesellschaft für ME & CFS: 'Was ist Myalgische Enzephalomyelitis': → [www.sgme.ch/was-ist-me/](http://www.sgme.ch/was-ist-me/)
2. Weitere Informationen und einschlägige Quellen finden Sie auf der Webseite der Schweizerischen Gesellschaft für ME & CFS: 'ME & CFS': → [www.sgme.ch/me-cfs/](http://www.sgme.ch/me-cfs/)
3. McEvedy Beard: 'Concept of Benign Myalgic Encephalomyelitis', in: *British Medical Journal*, Januar 1970. → [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1700895/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1700895/)
4. INSTITUTE OF MEDICINE: *Beyond Myalgic Encephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness*, Februar 2015. → [www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25695122/](http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25695122/)
5. SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ME & CFS: *Die Situation der ME-Patient:innen in der Schweiz*, April 2021. → [www.sgme.ch/wp-content/uploads/2021/05/Die-Situation-von-ME-Patient\\_innen.pdf](http://www.sgme.ch/wp-content/uploads/2021/05/Die-Situation-von-ME-Patient_innen.pdf)
6. LEONARD A. JASON ET AL: 'Evaluating Attributions for an Illness Based Upon the Name: Chronic Fatigue Syndrome, Myalgic Encephalopathy and Florence Nightingale Disease', in: *American Journal of Community Psychology*, Februar 2002. → [www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1023/A%3A1014328319297](http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1023/A%3A1014328319297)
7. BRUCE M. CARRUTHERS ET AL: *Myalgische Enzephalomyelitis – Erwachsenen- und Kinderheilkunde: Internationale Konsensleitlinie für Ärzte*, 2012. → [www.me-international.org/uploads/1/2/7/6/127602984/ic\\_primer\\_german\\_translation.pdf](http://www.me-international.org/uploads/1/2/7/6/127602984/ic_primer_german_translation.pdf)  
DIES: 'Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria', in: *Journal of Internal Medicine*, Juli 2011. → [www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x](http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x)  
deutsche Übersetzung: → [www.sgme.ch/wp-content/uploads/2021/08/ICC\\_deutsch.pdf](http://www.sgme.ch/wp-content/uploads/2021/08/ICC_deutsch.pdf)
8. BRUCE M. CARRUTHERS ET AL: 'Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols', in: *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 2003. → [www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J092v11n01\\_02](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J092v11n01_02)
9. KEITH GERAGHTY ET AL: "Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome patients' reports of symptom changes following cognitive behavioural therapy, graded exercise therapy and pacing treatments: Analysis of a primary survey compared with secondary surveys", in: *Journal of Health Psychology*, August 2017. → [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28847166](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28847166)
10. KEIJI FUKUDA ET AL: "The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study.", in: *Annals of Internal Medicine*, Dezember 1994. → [www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7978722/](http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7978722/)
11. KEITH GERAGHTY ET AL: "Chronic fatigue syndrome: is the biopsychosocial model responsible for patient dissatisfaction and harm?", in: *British Journal of General Practice*, August 2016. → [www.bjgp.org/content/66/649/437](http://www.bjgp.org/content/66/649/437)
12. NACUL, LUIS ET AL: Functional Status and Well-Being in People with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Compared with People with Multiple Sclerosis and Healthy Controls, in: *Pharmacoecoon open*, März 2018. → [www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29536371/](http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29536371/)
13. AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY: *Diagnosis and Treatment of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome*, Juli 2016. → [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/chronic-fatigue\\_research.pdf](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/chronic-fatigue_research.pdf)
14. Bitte beachten Sie die Studienliste auf der Webseite der Schweizerischen Gesellschaft für ME & CFS: 'Namhafte Studien': → [www.sgme.ch/namhafte-studien/](http://www.sgme.ch/namhafte-studien/)