

SCHLUSSBERICHT Arbeiten der Zielsteuerung-Gesundheit zu PAIS

Version 3. Juni, 2026 zur Vorlage an den Ständigen Koordinierungsausschuss

Postakute Infektionssyndrome (PAIS) sind durch eine hohe klinische Heterogenität mit unterschiedlichen Symptomkonstellationen, variablen Krankheitsverläufen und teils erheblichen funktionellen Einschränkungen mit Auswirkungen auf Teilhabemöglichkeiten und die Alltags- und aktuelle Lebensgestaltung, auch des jeweiligen sozialen Umfelds, gekennzeichnet. Diese Komplexität stellt bestehende Versorgungsstrukturen vor besondere Herausforderungen und macht abgestimmte, sektorenübergreifende Lösungsansätze erforderlich. Um als Gesundheitssystem wirksame Unterstützung anbieten zu können, bedarf es abgestimmter, sektorenübergreifender Lösungsansätze und weiterer Forschung mit dem Ziel, Betroffenen und deren Angehörigen adäquate (effektive, passende, nachhaltig salutogen wirkende) Hilfe anbieten zu können. Zugleich ist wichtig festzustellen, dass ursächliche Therapien zum gegebenen Zeitpunkt noch nicht verfügbar sind. Demnach steht ein individueller symptomorientierter Versorgungsansatz derzeit im Vordergrund.

Aufbauend auf Vorarbeiten zu PAIS – dem Aktionsplan zu PAIS (BMASGPK 2024) sowie der aktuell gültigen S1-Leitlinie „Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19“ (2023) – bearbeitet und konkretisiert die Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) zentrale Fragestellungen in den Handlungsfeldern Definition, Datenlage, Diagnostik und Versorgung. Dabei werden auch Empfehlungen des Rechnungshofberichts „Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen“ (Reihe BUND 2026/3) aufgegriffen, soweit diese in den Zuständigkeitsbereich der ZS-G fallen.

Wichtig ist dabei das Verständnis, dass Erkrankungen, die individualmedizinisch noch nicht suffizient behandelt werden können, natürlich auch im Gesundheitssystem insgesamt noch keine ausreichende Einordnung finden. Die genannten Vorüberlegungen und auch dieses Dokument sind daher als der Versuch zu verstehen, jene Ansätze, die verfügbar sind, so gut wie möglich im System anzubieten. Dies ändert leider nicht den Umstand, dass Vieles noch nicht ausreichend verstanden und behandelbar ist.

Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass die Möglichkeiten der Versorgung im Gesundheitssystem maßgeblich durch den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Evidenz und die verfügbaren therapeutischen Optionen bestimmt werden.

Nachfolgend wird dargestellt, in welcher Form zentrale Themen im Rahmen der ZS-G aufgegriffen und bearbeitet werden. Bereits vorliegende Ergebnisse der bisherigen ZS-G-Arbeit sind im Annex enthalten. Nicht Gegenstand dieses Sheets ist der sozialrechtliche Umgang mit den Folgen der insbesondere schweren Verlaufsformen.

Einheitliche Begriffsverwendung bzw. Definition, Datenlage und administrative Abbildung

Einheitliche Definition

Die Arbeiten zielen auf eine bundesweit abgestimmte, symptombasierte Begriffsverwendung von PAIS ab, die auch als Grundlage für einen abgestuften PAIS Patient:innenpfad dient. Dafür wurden symptombasierte Einschlusskriterien erarbeitet, die eine diagnoseunabhängige, funktionell orientierte Zugangslogik ermöglichen (Annex 1).

Verbesserung der Datenlage

Die Einführung der verpflichtenden ICD-10-Kodierung im ambulanten Bereich ab Juli 2026 stellt einen wesentlichen Meilenstein zur Verbesserung der Datenlage dar, wobei geeignete ICD-10 „Marker-codes“ zur Erfassung von

postinfektiösen Zuständen identifiziert wurden (Annex 1). Zur Unterstützung einer einheitlichen Anwendung in Bezug auf PAIS-relevante Diagnosen wurde – in Abstimmung mit dem Projekt zur Einführung der Ambulanten Diagnosencodierung – eine spezifische Kodieranleitung für PAIS erarbeitet (Annex 2). Damit wird sowohl dem Aktionsplan als auch der Rechnungshofempfehlung zur Verbesserung der administrativen Erfassung entsprochen.

Nutzung bestehender Routinedaten

Die systematische Nutzung vorhandener Routinedaten zur Analyse der Versorgungssituation und Leistungen der sozialen Absicherung wird aufgegriffen. Eine vertiefte Weiterverfolgung erfolgt unter Einbindung der einzelnen Sozialversicherungsträger, der Pensionsversicherung sowie allenfalls des Dachverbands der Sozialversicherungsträger, da datenschutzrechtliche, methodische und organisatorische Aspekte zu berücksichtigen sind.

Bestandsaufnahme

Ist-Stand der Versorgung

Die Versorgungssituation im Bereich PAIS befindet sich derzeit in einer dynamischen Phase mit Weiterentwicklungen der Versorgungsangebote.

Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde im Herbst 2025 die Versorgungssituation zu PAIS in Österreich auf Basis von Rückmeldungen der Bundesländer und Sozialversicherungsträger erhoben. Die Versorgung erfolgt derzeit überwiegend innerhalb bestehender Regelstrukturen (Primärversorgung, sämtliche relevanten Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich, spitalsambulante Versorgung sowie stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen). Eine adäquate Diagnostik und Betreuung ist mit einem überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden und erfolgt häufig im niedergelassenen Bereich. Nach Vorliegen entsprechend codierter Diagnosen im wahlärztlichen Bereich ist die Versorgungswirksamkeit dieses Versorgungssegments im Hinblick auf PAIS zu evaluieren.

Aktuell beschäftigen sich bestehenden Regelstrukturen intensiv mit den Erfordernissen PAIS-spezifischer Versorgung. Rehabilitationsmaßnahmen stehen im Rahmen bestehender indikationsbezogener Angebote teilweise schon zur Verfügung.

Insgesamt zeigt sich ein klarer Trend hin zu strukturierten Versorgungswegen, einer gestärkten Koordinationsfunktion und der systematischen Integration multiprofessioneller und rehabilitativer Expertise in Kooperation mit bestehenden Versorgungsangeboten. Sozialversicherung und Länder bekennen sich zu den in ihren jeweiligen Zuständigkeiten liegenden Aufgaben bei der Bereitstellung der erforderlichen Versorgung. Der Bund unterstützt weiterhin durch seine rahmengebende Rolle. Er koordiniert in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH die Bearbeitung des aktuellen strategischen Projektauftrags der ZS-G im Rahmen der Unterarbeitsgruppe PAIS.

Darüber hinaus hat der Bund in den vergangenen Jahren eine zentrale Rolle bei der Strukturierung der Weiterentwicklung der Versorgung von Personen mit PAIS übernommen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wurden in den Jahren 2022 und 2023 umfassende Analysen zum Status quo sowie zu bestehenden Problemlagen und Herausforderungen durchgeführt. Auf Empfehlung des Obersten Sanitätsrates (OSR) wurde darauf aufbauend unter Federführung des BMSGPK ein Aktionsplan zu PAIS erarbeitet, mit dem Ziel, bestehende Initiativen zu bündeln und strategisch weiterzuentwickeln. Hinsichtlich konkreter Umsetzungs- und Versorgungsmodelle bestand jedoch weiterer Konkretisierungsbedarf, sodass die Arbeiten zur Weiterentwicklung des Umgangs mit PAIS fortzuführen waren.

Ebenso wurde auf Bundesebene die Empfehlung zur Einrichtung eines Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome (NRZ) umgesetzt. Dieses fungiert seit Herbst 2024 an der Medizinischen Universität Wien als zentrale Plattform für Wissenstransfer und wissenschaftliche Vernetzung und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Förderung von Forschung sowie zum Kompetenzaufbau im Themenfeld. Dadurch sollen folgende Aktivitäten ermöglicht werden:

- Akademisch-medizinisches Capacity Building
- Aufbereitung des internationalen Stands der Forschung
- In Zusammenarbeit mit AIHTA, Untermauerung von Patient:innenpfaden durch entsprechende Aufbereitung der Evidenz

Im Bereich der europäischen Zusammenarbeit setzt sich Österreich zudem für eine verstärkte Vernetzung von PAIS-Expertise innerhalb der EU/des EWR ein. Ziel ist es, den Austausch zu komplexen Fallkonstellationen, die gemeinsame Leitlinienentwicklung, die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal sowie die Durchführung klinischer Studien zu erleichtern. In diesem Zusammenhang wird auch die mögliche Etablierung eines entsprechenden europäischen Netzwerks – etwa im Rahmen eines zusätzlichen European Reference Network (ERN) oder einer alternativen Kooperationsstruktur – zur Diskussion gestellt.

Schließlich befindet sich die Beauftragung zur Aktualisierung der bestehenden S1-Leitlinie „Postvirale Zustände am Beispiel von Long COVID“ derzeit in Vorbereitung.

Bedarfsabschätzung

Auswertungen der Daten der Sozialversicherungen

Laufende Auswertungen einzelner Datensätze durch den Dachverband der Sozialversicherungen (z. B. zu Patient:innen mit entsprechenden Diagnosen im Spitalsbereich, etwa ICD-10 G93.3 für Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) bzw. U09.9 für Post-COVID-19-Zustände) dienen der Analyse von Inanspruchnahme und Versorgungsverläufen, erlauben jedoch keine valide Hochrechnung auf die Gesamtpopulation.

Literaturrecherche

Neuere Studien (ab 2024) zeigen auf Basis prospektiver Kohorten und standardisierter Kriterien Prävalenzschätzungen für PAIS inkl. ME/CFS zwischen etwa 0,2 % und 1,7 % in populationsbasierten Analysen. Je nach Methodik liegen die Werte teils höher (bis ca. 4–5 %), insbesondere bei post-COVID-assoziierten Kohorten. Die Ergebnisse variieren deutlich nach Studiendesign, diagnostischen Kriterien und Population; übereinstimmend wird von einer relevanten Untererfassung ausgegangen. Die Prävalenz ist konsistent höher bei Frauen im Alter von 15–55 Jahren.

Diagnostik und Versorgung – Patient:innenpfad

Zielsetzung und fachliche Orientierung

Zentraler Schwerpunkt der Arbeiten der ZS-G ist die Entwicklung eines bundesweit abgestimmten, abgestuften Patient:innenpfades für PAIS. Ziel ist die strukturierte Einbettung von Diagnostik, Behandlung und Koordination in bestehende Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen, insbesondere im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Als fachliche Orientierung dient der in der S1-Leitlinie „Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19“ dargestellte Versorgungspfad. Der PAIS-Rahmen umfasst dabei auch Long COVID sowie ME/CFS als Krankheitsbilder mit teilweise ausgeprägten funktionellen Einschränkungen. Es wurden erforderliche Komponenten des Patient:innenpfades identifiziert, wobei die konkrete Ausgestaltung und Verbindung der Komponenten auch von den jeweiligen Rahmenbedingungen in den Bundesländern abhängt.

Im Mittelpunkt der Versorgung stehen ein individueller, symptom- und ressourcenorientierter Therapieansatz, sowie Pacing als einem der zentralen Bestandteile zur Stärkung des Selbstmanagements und der Gesundheitskompetenz im Umgang mit PAIS. Dieses sollte, so weit möglich initial, strukturiert und professionell von geschulten Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten angeleitet werden, um einen möglichst salutogenen Verlauf zu unterstützen. Dies sollte insbesondere bei PEM, POTS und Fatigue-Symptomatik Teil der (frühzeitigen) sekundären Prävention sein sowie bei der Vorbeugung von Rückfällen berücksichtigt werden.

Zur wirksamen Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bedarf es abgestimmter, sektorenübergreifender Versorgungsansätze mit dem Ziel einer nachhaltigen und bedarfsgerechten Betreuung.

Strukturelle Ausgestaltung

Je nach regionalen Strukturen und Voraussetzungen bieten sich unterschiedliche, in ihren Grundprinzipien jedoch vergleichbare Strategien zur Weiterentwicklung der Versorgung von PAIS an.

Für die Bereitstellung der Komponenten kommen unterschiedliche organisatorische **Strukturvarianten** in Frage. Diese stellen Modelle dar, die je nach regionalen Voraussetzungen unterschiedlich kombiniert oder weiterentwickelt werden können. Diese umfassen:

- **spezialisierte integrierte Versorgungsstellen** (z. B. Spezialambulanzen oder Ambulatorien),
- **Netzwerke von Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern** (GdA) mit definierten Kooperations- und Zuweisungsstrukturen
- sowie Modelle, die **spezialisierte Ambulanzen mit einem erweiterten interprofessionellen Netzwerk** von GdA verbinden.

Die konkrete organisatorische Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen obliegt den Bundesländern und der Sozialversicherung im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten, wobei Weiterentwicklungen der Versorgung möglichst aufbauend auf den bestehenden Strukturen erfolgen sollen. In weiterer Folge könnten darauf aufbauend auch strukturierte Versorgungsprogramme für PAIS (z. B. im Sinne eines Disease-Management-Programms) geprüft werden.

Fallführung und Versorgungspraxis (extramural)

Zentral für die Versorgung im niedergelassenen Bereich ist die Fallführung durch die Primärversorgung und insbesondere Primärversorgungseinheiten (PVE), mit dem Ziel einer flächendeckenden und wohnortnahen Betreuung durch eine ausreichende Anzahl von Anlaufstellen im gesamten Bundesgebiet. Zu den wesentlichen Aufgaben zählen:

- Klare **Fallführungs- und Zuweisungslogiken** der Allgemeinmedizin (AM) bzw. der Ärztin oder des Arztes des Vertrauens.
- fächerübergreifende diagnostische Abklärung und darauf aufbauende Therapieempfehlungen,
- Koordination extramuraler und aufsuchender Dienste,
- Zuweisung zu spezialisierten intramuralen Strukturen bei komplexen Fragestellungen,
- Einbindung rehabilitativer Angebote mit entsprechender Adaptierung zur Vermeidung von Verschlechterung, einschließlich spezialisierter Kur- und Reha-Programme.
- Wohnortnahe bzw. niedrigschwellige Kontaktmöglichkeiten für Patient:innen, einschließlich telemedizinischer oder aufsuchender Versorgungsformen
- Berücksichtigung pflegerischer Aspekte sowie der Versorgung besonders schwer betroffener Patient:innen mit Einbindung palliativmedizinischer Angebote

Intramurale Versorgung

- Auf intramuraler Ebene sind die erforderliche spezialisierte Diagnostik und Therapie bereitzustellen, soweit diese extramural nicht erbracht werden kann. Dies soll in abgestimmten Netzwerken geeigneter Einrichtungen erfolgen, die in Kooperation mit dem extramuralen Bereich auch unterstützend bei komplexen Versorgungsverläufen wirken. Auch eine Anbindung von Anlaufstellen an hochschulische Zentren (Evidenzbasierung, Transferleistungen Praxis – Forschung – Praxis/Lehre) und die Einbindung bestehender Informations- und Vernetzungsangebote im Rahmen der NRZ ist sinnvoll.

Die Umsetzung erfolgt in der Regel auf Ebene der Bundesländer, wobei auch bundesländerübergreifende Kooperationen anzustreben sind.

Zuweisung und Koordination

Für Zugang und Zuweisung sind praktikable, bundesweit einheitliche und im Versorgungsalltag umsetzbare Kriterien erforderlich. Unterschiedliche Ausprägungen der Erkrankung sowie funktionelle Einschränkungen sollen anhand standardisierter Assessment- und Score-Systeme (z. B. Klok-Score, Bell-Score, SF-36, EQ-5D, DSQ-PEM, FUNCAP55, Chalder Fatigue Scale sowie Instrumente zur Erfassung der Funktionsfähigkeit im Alltag und des Schweregrads) berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung einer durchgängigen Fallführung und zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen sind strukturierte, sektorenübergreifende Lösungen erforderlich. Dafür bedarf es standardisierter, datenschutzkonformer Dokumentations- und Codierungssysteme (z. B. ICD-10-/ICD-11-Codierung, ELGA-gestützte Dokumentation, standardisierte Verlaufs- und Assessmentdokumentation), die eine nachvollziehbare Steuerung von Patient:innenverläufen ermöglichen und an bestehende Qualitätssicherungssysteme (z. B. A-QOI) anschließen.

Kompetenzaufbau und Vernetzung

Der Patient:innenpfad setzt einen entsprechenden Kompetenzaufbau im niedergelassenen Bereich voraus, um Wissen zur Diagnostik und Betreuung von PAIS breiter verfügbar zu machen. Für die fachliche Vernetzung sowie die Verbreitung und Einordnung von evidenzbasierter PAIS-relevanter Informationen kann die Nationale Referenzzentrale sowie einschlägige Forschungseinrichtungen weiterhin unterstützen. Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sowie abgestimmte Schnittstellen zwischen Versorgungsbereichen stellen zentrale Voraussetzungen dar.

Folgende Funktionen sollen sichergestellt werden:

- Mitwirkung und Screening des internationalen Stands der Forschung
- Anwendungsorientierte Implementierung von diagnostischen und therapeutischen Optionen durch Einbindung in die Versorgung und Austausch mit relevanten VertreterInnen anderer Versorgungsebenen
- Koordinierung von und Mitwirkung an Studien
- In Zusammenarbeit mit AIHTA, Aussagen zu wenig aussichtsreichen Heilversuchen mit der Konsequenz, dass diese im Sachleistungssystem nicht angeboten und den Betroffenen ausdrücklich nicht geraten werden.

Leistungsabbildung und Versorgungspraxis

Der Fokus liegt auf der strukturierten Nutzung und Weiterentwicklung bestehender Versorgungsangebote sowie auf der Verbesserung der Koordination zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Nutzung und Weiterentwicklung bestehender Leistungen in den Leistungskatalogen der Sozialversicherungsträger. Gleichzeitig sollen vorhandene Möglichkeiten systematischer erfasst und entsprechende Informationen für GdA besser zugänglich gemacht werden.

Optimierungspotenzial bei der interdisziplinären und multiprofessionellen Betreuung besteht insbesondere in der Koordination zwischen Fachrichtungen und Berufsgruppen.

Finanzielle Bewertung

Die Komponenten des Patient:innenpfad zielen primär auf eine adäquate Versorgung der betroffenen Patient:innen unter strukturierter Nutzung und besserer Koordination bestehender Ressourcen ab. Die konkrete Versorgung und Diagnostik erfolgt im Rahmen des bestehenden Regelbetriebs und der etablierten Finanzierungsstrukturen.

Allfällige Mehrbedarfe ergeben sich insbesondere aus Koordinations- und Vernetzungsaufgaben sowie aus dem Ausbau niederschwelliger bzw. spezialisierter Angebote und sind im jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu prüfen und zu bewerten. Die finanzielle Bewertung erfolgt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer und der Sozialversicherungsträger.

Hinweis zum Handlungsfeld soziale Absicherung

Das Handlungsfeld „Soziale Absicherung“ liegt nicht unmittelbar im Zuständigkeitsbereich der Partner der ZS-G. Gleichwohl bestehen inhaltliche Verschränkungen mit den Handlungsfeldern Definition, Datenlage und Versorgung, da eine strukturierte diagnostische Erfassung (u. a. durch ambulante Diagnosecodierung) und ein klar definierter Patient:innenpfad wesentliche Voraussetzungen für sozialrechtliche Beurteilungen darstellen.

Hinweis zum Handlungsfeld Forschung

Das Handlungsfeld „Forschung“ liegt nicht unmittelbar im Zuständigkeitsbereich der Partner der ZS-G. Gleichwohl besteht eine inhaltliche Verschränkung, da eine Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung maßgeblich von Fortschritten in Wissenschaft und Forschung abhängt. Die koordinierte Aufbereitung der relevanten Forschung stellt sicher, dass evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung laufend in den Patient:innenpfad einfließen können.

Im Auftrag der Zielsteuerung-Gesundheit

FACTSHEET zu Postakuten Infektionssyndromen (PAIS)

Beschreibung von Personen, die in den Patient:innenpfad eintreten können

Version 1. 29. Jänner, 2026

Zielsetzung

Die einheitliche Verwendung des Begriffs postakute Infektionssyndrome (PAIS) schafft eine gemeinsame Grundlage für die bedarfsgerechte Versorgung von Betroffenen in Österreich und dient als Referenzrahmen für die Entwicklung eines abgestuften Patient:innenpfades für Patient:innen, für die bislang keine etablierten Versorgungs- oder Behandlungsstrukturen bestehen¹.

Das vorliegende Dokument beschreibt jene Personengruppen, die in den geplanten PAIS-Patient:innenpfad aufgenommen werden können. PAIS wird dabei als Sammelbegriff für Gesundheitszustände verwendet, die im Anschluss an Infektionskrankheiten auftreten können. Trotz der klinischen Heterogenität bestehen deutliche symptomatische Überschneidungen zwischen verschiedenen PAIS, die auf eine mögliche gemeinsame Ätiopathogenese hinweisen.

Da für viele Formen des komplexen Krankheitsbildes keine spezifischen diagnostischen Marker vorliegen, ist eine sorgfältige fachliche Abklärung unerlässlich. Die Einschätzung, ob Personen in den PAIS-Patient:innenpfad aufgenommen werden sollen, erfordert daher eine strukturierte und regelmäßig überprüfte Beurteilung. Eine umfassende interdisziplinäre Abklärung ist – abhängig von Art der Beschwerden und Schweregrad – mittels geeigneter klinischer Methoden und unterstützender Fragebögen erforderlich.

Dieses Dokument stützt sich auf den aktuellen Stand der Erkenntnisse, orientiert sich an der aktualisierten S1-Leitlinie „Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19“ und ist bei neuen wissenschaftlichen oder fachlichen Entwicklungen entsprechend zu überarbeiten.

Ausschlusskriterien hinsichtlich Aufnahme in einen PAIS-Patient:innenpfad

- andere Diagnosen, die die Symptome erklären oder als Komorbidität erfasst wurden (z. B. Verschlechterung oder Reaktivierung einer vorbestehenden Erkrankung)
- organische oder psychische Residuen eines akuten schweren Infektionsverlaufs (z. B. Post-Intensive-Care-Syndrom, Lungenembolie, Herzinfarkt, Pneumonie, Myokarditis)
- PAIS, für die schon etablierte Versorgungspfade zur Verfügung stehen, wie z.B. Guillain-Barré-Syndrom, Post-Zoster-Neuralgie, Multiple Sklerose und reaktive Arthritis

Manifestation und Verlauf

Die Symptome treten entweder neu auf oder bestehen fort, und zwar **mindestens drei Monate nach der ursächlichen Infektion**. Die Krankheitsdauer ist nicht begrenzt und kann individuell variieren. Symptome treten persistierend (anhaltend), undulierend (mit wechselnder Intensität) oder rezidivierend (wiederkehrend) auf.

Klinische Symptome

Ein für den PAIS-Patient:innenpfad relevanter Gesundheitszustand liegt vor, wenn **Symptome aus mindestens zwei der hier gelisteten Symptomkategorien vorliegen**.

¹ Unter den Sammelbegriff PAIS fallen Erkrankungen **ohne** etablierte Behandlungsstrukturen, wie Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS), Post-COVID-19-Syndrom (PCS), chronische Epstein-Barr-Virus-Infektion, Post-treatment Lyme Disease Syndrome (PTLDS), Pädiatrische Autoimmun-Neuropsychiatrische Störung mit Streptokokken-Infektion (PANDAS), Post-Ebola-Syndrom (PES), Post-Dengue-Fatigue-Syndrom (PDFS), Posturales Orthostatisches Tachykardie-syndrom (POTS), Mastzellaktivierungssyndrom (MCAS), Small Fiber Neuropathie (SFN), Fibromyalgie und Erkrankungen des autonomen Nervensystems. Erkrankungen **mit** bestehenden Versorgungsstrukturen umfassen u. a. das Guillain-Barré-Syndrom, Post-Zoster-Neuralgie, Multiple Sklerose und reaktive Arthritis.

- **Post-Exertionelle Malaise (PEM) bzw. Post-Exertional Symptom Exacerbation (PESE)** bezeichnet eine Belastungs-Erholungsstörung, bei der es nach körperlicher, kognitiver oder emotionaler Überlastung zu einer deutlichen, oft verzögert einsetzenden Symptomverschlechterung kommt (typischerweise nach 12–72 Stunden), die Stunden bis Tage anhalten und in schweren Fällen dauerhaft bestehen kann.
- **Neuroendokrine Manifestationen** umfassen Veränderungen des Blutdrucks, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, Temperaturregulationsstörungen, Appetitlosigkeit, Schilddrüsen- oder Nebennierenbeteiligung, Hinweise auf Insulinresistenz sowie Störungen der Durstregulation.
- **Dysfunktionen des autonomen Nervensystems** betreffen orthostatische, vasomotorische, sekretomotorische, sudomotorische, urogenitale oder pupillomotorische Prozesse und äußern sich unter anderem in Palpitationen, Tachykardie, Schwindel, Synkopen, Kurzatmigkeit, Temperaturregulationsstörungen, Schluck- und Verdauungsstörungen, Harnblasenproblemen oder visuellen Beschwerden wie Lichtempfindlichkeit.
- **Immunologische Manifestationen** zeigen sich in Symptomen einer Mastzellüberaktivität, z. B. kardiale Beschwerden (Palpitationen, Tachykardie, Synkopen), kutane Reaktionen (Urtikaria, Juckreiz, Flush, Angioödem), respiratorische Symptome (Asthma, erschwerte Atmung, nasale Kongestion), gastrointestinale Beschwerden bis hin zu Slow-Transit-Colon sowie erhöhter Infektanfälligkeit.
- **Pathologische Fatigue** beschreibt eine unverhältnismäßige körperliche, geistige oder emotionale Erschöpfung, die durch Schlaf nicht gebessert wird und das Aktivitätsniveau deutlich reduziert.
- **Schlafstörungen** umfassen Ein- und Durchschlafprobleme, die regelmäßig oder wiederkehrend auftreten und die Tagesfunktion beeinträchtigen können.
- **Schmerzen** treten als Muskel-, Gelenk-, Knochen- oder Kopfschmerzen auf, können neu in Muster oder Typ sein und sowohl lokalisiert als auch generalisiert oder wandernd („migratorisch“) auftreten.
- **Neurologische und/oder kognitive Manifestationen** zeigen sich in Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, „brain fog“, Gedächtnisproblemen, Wortfindungsstörungen, taktiler oder sensorischer Reizempfindlichkeit sowie Ataxien, Muskelschwäche oder Muskelzuckungen.
- **Erreger-spezifische Symptome** umfassen Beschwerden, die typischerweise im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Infektion stehen, etwa Atemnot, Geruchs- oder Geschmacksverlust, Zwangssymptome oder starker Haarausfall.

Nachweis einer Infektion

Ein laborchemischer oder dokumentierter Nachweis einer vorausgehenden Infektion² ist nicht erforderlich, da viele Infektionen in der Bevölkerung ohne formelle Diagnosestellung verlaufen. Die diagnostische Beurteilung erfolgt daher primär klinisch und anamnestisch, gestützt auf den Symptomverlauf und unter sorgfältigem Ausschluss alternativer Ursachen.

Potenziell PAIS-relevante ICD-10 Codes

Es ist anzunehmen, dass PAIS unter folgenden ICD-10 Codes abgebildet werden können, basierend auf der ICD-10-GM des BMSGPK 2026 (Systematisches Verzeichnis)³:

B94.8 Folgezustände sonstiger näher bezeichneter infektiöser oder parasitärer Krankheit
 B94.9 Folgezustände nicht näher bezeichneter infektiöser oder parasitärer Krankheit
 U09.9 Post-Covid-19-Zustand, nicht näher bezeichnet
 G93.3 Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom (postvirales Erschöpfungssyndrom)
 G90.8 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems (z. B. Dysautonomie)
 G90.80 Posturales Tachykardiesyndrom (PoTS)
 D89.8 Sonstige näher bezeichnete Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert (z. B. PANDAS)
 G62.8 Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien (z. B. Small-Fiber Neuropathie)

Es wird angeraten, dass die Codierung von PAIS künftig einheitlich definiert wird.

² Folgende Auslöser sind dokumentiert, wobei die Liste der Erreger aufgrund laufenden Erkenntnisgewinns nicht abschließend definierbar ist: virale (z. B. SARS-CoV-2, Epstein-Barr-Virus (EBV), Cytomegalievirus (CMV), Herpes-simplex-Virus (HSV), Influenza, Parvovirus B19, Ebola, Dengue, Masern, Herpes Zoster Virus), bakterielle (z. B. *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bartonella* spp., *Coxiella burnetii*, *Streptococcus pyogenes* (Gruppe A)), oder parasitäre (z. B. *Plasmodium* spp., *Toxoplasma gondii*, *Giardia lamblia*) Infektionen.

³ BMSGPK: ICD-10-GM – Systematisches Verzeichnis. <https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:64beaa0-ec63-4864-a954-0ee1beb9e5c8/ICD-10%20BMSGPK%202022%20-%20SYSTEMATISCHES%20VERZEICHNIS.pdf> Zugriff am 29.01.2026.

Literatur

- Choutka, Jan; Jansari, Viraj; Hornig, Mady; Iwasaki, Akiko (2022): Unexplained post-acute infection syndromes. In: *Nature Medicine* 28:911-923
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (2024): S1-Leitlinie Long/ Post-COVID. AWMF-Registernummer 020-027, Version 4.1. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027> [Zugriff am 25.09.2025]
- Hoffmann, Kathryn (2024): Postakute Infektionssyndrome und Erkrankungen. In: *Lehrbuch für Allgemein-/Familienmedizin*. Hg. v. Zelko, Erika; Rabady, Susanne; Bachler, Herbert. Trauner Verlag, Linz
- Hoffmann, Kathryn; Hainzl, Astrid; Stingl, Michael; Kurz, Katharina; Biesenbach, Beate; Bammer, Christoph; Behrends, Uta; Broxtermann, Wolfgang; Buchmayer, Florian; Cavini, Anna Maria; Fretz, Gregory Sacha; Gole, Markus; Grande, Bettina; Grande, Tilman; Habermann-Horstmeier, Lotte; Hackl, Verena; Hamacher, Jürg; Hermisson, Joachim; King, Martina; Kohl, Sonja; Leiss, Sandra; Litzlbauer, Daniela; Renz-Polster, Herbert; Ries, Wolfgang; Saggelsdorff, Jonas; Scheibenbogen, Carmen; Schieffer, Bernhard; Schön, Lena; Schreiner, Claudia; Thonhofer, Kevin; Strasser, Maja; Weber, Thomas; Untersmayr, Eva (2024): Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 136/5:103-123
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], (2024a): *Toward a Common Research Agenda in Infection-Associated Chronic Illnesses: Proceedings of a Workshop*. The National Academies Press, Washington, DC
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM]. (2024b). *Long COVID: Current status and implications for the future*. The National Academies Press, Washington, DC
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2020): COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline last updated 25 January 2024. [Zugriff am 25.09.2025]
- Rabady, S.; Hoffmann, K.; Aigner, M.; Altenberger, J.; Brose, M.; Costa, U.; Denk-Linnert, D.-M.; Gruber, S.; Götzinger, F.; Helbok, R.; Hüfner, K.; Koczulla, R.; Kurz, K.; Lamprecht, B.; Leis, S.; Löffler, J.; Müller, C. A.; Rittmannsberger, H.; Rommer, P. S.; Sator, P.; Strenger, V.; Struhal, W.; Untersmayr, E.; Vonbank, K.; Wancata, J.; Weber, T.; Wendler, M.; Zwick, R.-H. (2023): S1-Leitlinie: Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19. *Wiener klinische Wochenschrift*, 135/4:525–598.
- Soriano, J. B.; Murthy, S.; Marshall, J. C.; Relan, P.; Diaz, J. V.; Condition, W. H. O. Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 (2022): A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. In: *Lancet Infect Dis* 22/4:e102-e107

FACTSHEET zu Postakuten Infektionssyndromen (PAIS)

Codierempfehlung zur Anwendung PAIS-relevanter ICD-10 Codes

Version 1. 27. März, 2026

Postakute Infektionssyndrome (PAIS) dienen als Sammelbegriff für Gesundheitszustände, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer Infektion auftreten oder persistieren können. Eine einheitliche Dokumentation PAIS-relevanter Diagnosen¹ ist wesentlich für die Erfassung der Krankheitslast in Österreich. Dieses Manual unterstützt Ärzt:innen bei der regelkonformen Codierung im ambulanten Bereich. Die Identifikation von Patient:innen für den PAIS-Patient:innenpfad erfolgt gemäß dem Dokument „Beschreibung von Personen, die in den Patient:innenpfad eintreten können“².

Codierung von PAIS im ambulanten Bereich

Die Codierung erfolgt gemäß den bundeseinheitlichen Grundsätzen der ambulanten Diagnosencodierung³ und der Systematik der ICD-10-GM des BMSGPK (Version 2026)⁴ unter Verwendung vierstelliger Codes.

Allgemeine Codierregel	Bedeutung für PAIS
Für jeden ärztlich erbrachten ambulanten Kontakt ist mindestens eine Diagnose zu übermitteln. Eine Hauptdiagnose ist zu kennzeichnen und beschreibt den konkreten medizinischen Grund des Kontakts.	Auch in der Abklärungsphase ohne gesicherte spezifische Entitätsdiagnose ist eine ICD-10-Codierung erforderlich. In dieser Phase ist das führende Symptom (z. B. Fatigue, orthostatische Beschwerden, Schmerzen) als Hauptdiagnose zu codieren. Wenn kein einzelnes führendes Symptom sinnvoll als Hauptdiagnose codiert werden kann, wird B94.8 bzw. B94.9 als Hauptdiagnose verwendet. U09.9 ist ausschließlich als Zusatzdiagnose zu codieren.
Weitere relevante Zustände für Diagnostik, Therapie oder Verlauf werden als Zusatzdiagnosen übermittelt.	B94.8 bzw. B94.9 kennzeichnen den postinfektiösen Zusammenhang und werden als Zusatzdiagnose angegeben, sofern ein Leitsymptom als Hauptdiagnose vorliegt.
Verdachtsdiagnosen werden nicht übermittelt. Stattdessen wird das (schwerwiegendste) Symptom oder der Befund kodiert.	Spezifische Entitätsdiagnosen (z. B. G93.3, G90.80) dürfen erst nach gesicherter Diagnosestellung codiert werden. In der Abklärungsphase erfolgt die Codierung symptomorientiert.
Bei gesicherter chronischer Diagnose ist der Code bei jedem themenbezogenen Folgebesuch zu übermitteln.	Bei gesicherter spezifischer Diagnose (z. B. G93.3, G90.80) ist diese bei jedem entsprechenden Folgetermin als Hauptdiagnose zu codieren; B94.8/B94.9 bzw. U09.9 können ergänzend als Zusatzdiagnose angegeben werden.

¹ Der Begriff Diagnose ist im Kontext der gesetzlich verpflichtenden Diagnosencodierung im ambulanten Bereich somit nicht ausschließlich als abgeklärte Diagnose, sondern als Grund für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu verstehen.

² Factsheet „Beschreibung von Personen, die in den Patient:innenpfad eintreten können“ verlinken (*sobald veröffentlicht*)

³ BMSGPK: Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich. <https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:033b5a81-4248-485e-9d77-0a1adc75cbcd/Handbuch%20Medizinische%20Dokumentation%20f%C3%BCr%20den%20extramuralen%20ambulanten%20Bereich%20Stand%2019-12-2025.pdf>

⁴ BMSGPK: ICD-10-GM – Systematisches Verzeichnis. <https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:64beaa0-ec63-4864-a954-0ee1beb9e5c8/ICD-10%20BMSGPK%202022%20-%20SYSTEMATISCHES%20VERZEICHNIS.pdf> (Zugriff am 09.02.2026).

Abklärungsphase

Die Erfüllung der im Dokument „Beschreibung von Personen, die in den Patient:innenpfad eintreten können“ definierten Kriterien stellt keine Verdachtsdiagnose dar, sondern beschreibt einen klinisch begründeten postinfektiösen Gesundheitszustand.

Die Verwendung der Codes B94.8 bzw. B94.9 – bei COVID-19-Bezug U09.9 ausschließlich als Zusatzdiagnose – ist in der Abklärungsphase zulässig, sofern noch keine gesicherte spezifische Diagnose vorliegt.

B94.8 bzw. B94.9 bezeichnen Folgezustände nach Infektionskrankheiten. Sie legen keine konkrete Krankheitsentität fest, sondern dokumentieren einen klinisch relevanten Gesundheitszustand im zeitlichen Zusammenhang mit einer Infektion.

Gesicherte Diagnose im Verlauf

Bei diagnostisch gesichertem Krankheitsbild (z. B. G93.3, G90.80, G62.8) ist der spezifische ICD-10-Code als Hauptdiagnose zu verwenden. Eine ergänzende Codierung mit B94.8, B94.9 bzw. U09.9 als Zusatzdiagnose zur Kennzeichnung des postinfektiösen Kontexts ist möglich und empfohlen.

Fallbeispiele zur Diagnosecodierung

Fall A: Erstkontakt nach EBV-Infekt
Klinik: Fatigue (führend) und kognitive Störungen
4 Monate nach Infekt. Abklärung laufend.

Codierung: HD: R53 (Ermüdung) | ZD: R41.8
(Sonstige Symptome, die Kognition
betreffen) B94.8

Fall B: Verlaufskontrolle bei gesichertem ME/CFS
nach unklarem Infekt
Klinik: Diagnostik abgeschlossen, kanadische
Konsensuskriterien für ME/CFS erfüllt.

Codierung: HD: G93.3 | ZD: B94.9

Fall C: Erstkontakt bei Post-COVID-Syndrom
(Fatigue)
Klinik: Persistierende Erschöpfung 5 Monate nach
SARS-CoV-2-Infektion.

Codierung: HD: R53 (Ermüdung) | ZD: U09.9

Fall D: Wiedervorstellung bei gesichertem PoTS
nach COVID-19
Klinik: Bekanntes PoTS nach COVID-19.

Codierung: HD: G90.80 | ZD: U09.9

Disclaimer

Dieses Dokument stützt sich auf den aktuellen Stand der Erkenntnisse und ist bei neuen wissenschaftlichen oder fachlichen Entwicklungen entsprechend zu überarbeiten.