

Gemeinsames Positionspapier
der DGPPN und der DGPM zum Post-COVID-Syndrom
und postinfektiösen Erkrankungen

**Post-COVID-Syndrom:
Interdisziplinäre Versorgung
sichern, Forschung stärken,
Teilhabe verbessern**

Veröffentlichung: April 2026

Post-COVID-Syndrom: Interdisziplinäre Versorgung sichern, Forschung stärken, Teilhabe verbessern

Das Post-COVID-Syndrom (PCS) ist eine schwerwiegende Erkrankung, die eine differenzierte Diagnostik und multiprofessionelle Versorgung erfordert. DGPPN und DGPM wenden sich gegen die Bagatellisierung dieses komplexen Krankheitsbildes. Sie fordern einen interdisziplinäreren Ansatz in Diagnose, Behandlung und Forschung, um die Versorgung, Teilhabe und Lebensqualität der von PCS betroffenen Menschen nachhaltig zu verbessern.

Durch das PCS ist die medizinische Bedeutung von postinfektiösen Folgeerkrankungen in ihren unterschiedlichen Dimensionen verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit und auch der medizinischen Forschung gekommen. Dies führte zu einem besseren Verständnis möglicher Krankheitsmechanismen und medizinischer Bedarfe, die Gegenstand künftiger gemeinsamer Anstrengungen sein sollten. Insbesondere Beeinträchtigungen der Konzentration, des Gedächtnisses, der Stimmung und des Schlafes als einem der großen Symptomkomplexe waren Gegenstand kontroverser Betrachtungen. Dem gegenüber besteht unter den zwei größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit ein breiter Konsens zum Krankheitsverständnis von PCS, zu Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung der Betroffenen und zu politischen Forderungen.

Krankheitsverständnis des Post-COVID-Syndroms

Aus Sicht der DGPPN und der DGPM handelt es sich beim PCS um eine eigenständige Diagnose, bei der folgende Aspekte besondere Beachtung verdienen:

- PCS ist ursächlich auf die Infektion mit SARS-CoV-2 und hierdurch hervorgerufene nachfolgende Krankheitsmechanismen zurückzuführen. PCS ist als Diagnose empirisch gut abgesichert und es gibt dafür klare und nachvollziehbare Kriterien.
- Das medizinisch fest etablierte biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit ermöglicht auch bei PCS die angemessene Beschreibung des Wechselspiels körperlicher und psychosozialer Prozesse bei Entstehung und Fortbestehen der Erkrankung. Es ist jedoch nicht mit einer Diagnostik zu verwechseln und daraus lässt sich keine konkrete Behandlungsindikation ableiten.
- Psychosoziale Faktoren haben bei chronischen Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronischen Schmerzen) Einfluss auf Verlauf und Prognose. Auch beim PCS gibt es hierauf Hinweise; weitere Forschung ist notwendig.
- PCS ist nicht mit bekannten psychischen Störungen (v. a. Depression) zu verwechseln. Alle Symptome, die im Rahmen eines Verdachtes auf PCS vorliegen, sind zu erfassen und differentialdiagnostisch zuzuordnen (z. B. Fatigue vs. Antriebsstörung).
- Komorbide psychische Störungen, vor allem depressive und Angststörungen, sind für den Krankheitsverlauf relevant und können diesen negativ beeinflussen. Auch dysfunktionale Krankheitsbewältigungsmechanismen können eine Rolle bei der Chronifizierung spielen.

Empfehlungen für die verbesserte medizinische Versorgung der Betroffenen

Aus einem Krankheitsverständnis von PCS, das biopsychosoziale Faktoren berücksichtigt und der Komplexität der Erkrankung gerecht wird, ergeben sich aus Sicht der DGPPN und der DGPM folgende Empfehlungen an die medizinische Fachwelt:

- **Bagatellisierung vermeiden:** Die Diagnose PCS muss gestellt und mit den Betroffenen besprochen werden. Positionen wie „Das PCS gibt es nicht“ oder „PCS ist nur eine Modediagnose“ haben keine empirische Grundlage und führen zu Unter- und Fehlbehandlung. Außerdem können sie zu Irritation und Kränkungserleben sowie zur Stigmatisierung der Betroffenen beitragen und sollen deshalb unterlassen werden.
- **Einseitige Zuschreibungen vermeiden:** Aussagen wie „PCS ist in Wirklichkeit eine psychische Störung“ treffen nicht zu. Für eine einseitige Zuschreibung psychischer Ursachen gibt es zum jetzigen Zeitpunkt keine belastbare Evidenz, genauso wenig wie für eine ausschließlich körperliche Verortung der Erkrankung. Insbesondere bei der Begutachtung sind ausgewiesene Kompetenz und Umsicht nötig. Sie muss sich streng an den funktionellen Einschränkungen im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF¹) unabhängig von der Ätiologie orientieren.
- **Komorbiditäten abklären:** Kernsymptome wie Fatigue oder Konzentrationsstörungen gehören zu den Symptomen zahlreicher somatischer wie psychischer Erkrankungen. Eine sorgfältige Differentialdiagnostik, bei der auch psychiatrische und psychosomatische Differentialdiagnosen und Komorbiditäten mit abgeklärt werden, ist im Interesse der Betroffenen und entspricht der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Notwendig ist dafür ein fortlaufender Kompetenzaufbau unter Haus- und Fachärzten und eine flächendeckende, empirisch fundierte Fortbildung der Behandelnden.
- **Individuelle Belastungsgrenzen beachten:** Notwendig bei PCS ist eine Anpassung der Interventionen an individuelle Belastungsgrenzen. Vermeidung von pathologischer Überlastung, z. B. durch Pacing, ist bei vielen Betroffenen essenziell. Unter diesen Bedingungen ist es herausfordernd, eine mögliche Inaktivierung zu vermeiden. Eine Begrenzung dieses Chronifizierungsfaktors ist jedoch grundsätzlich anzustreben. Bestehende therapeutische Konzepte müssen daher angesichts der besonderen Anforderungen des PCS weiterentwickelt werden.
- **Versorgung interdisziplinär, interprofessionell und vernetzt gestalten:** Spezialisierte psychiatrische/psychosomatische/psychotherapeutische Angebote für PCS-Betroffene müssen im Kontext eines interdisziplinären Vorgehens erfolgen. Bei der Komplexversorgung der Patientinnen und Patienten aller Schweregrade sollte eine entsprechende Mitbehandlung angeboten werden.
- **Behandlungsoptionen weiterentwickeln:** Die Entwicklung kurativer Ansätze sowie die Verbesserung von Lebensqualität und Teilhabe muss im Vordergrund der Forschung stehen. In Abwesenheit von zeitnah zur Verfügung stehenden kurativen Ansätzen hat das Krankheitsmanagement beim PCS eine besondere Bedeutung und muss weiterentwickelt und beforscht werden.
- **Psychotherapie anbieten:** Psychotherapie ist zur Behandlung psychischer Komorbiditäten neben PCS indiziert, kann aber auch ohne psychische Komorbidität zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung oder zur Verbesserung der Fatigue-Symptome angeboten werden.
- **Krankheitserleben anerkennen:** Medizinische Fachkräfte sollen geschult werden, um eine empathische Kommunikation mit Betroffenen zu gewährleisten und um bestmögliche Informationen zur Krankheit zu erhalten und den Zugang zu einer respektvollen und professionellen Versorgung zu verbessern.

1 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). World Health Organization (WHO), Genf

Forderungen an politische Entscheidungsträger in Bund, Ländern und Kommunen sowie der Selbstverwaltung

Um eine bestmögliche Versorgung von Menschen mit PCS zu ermöglichen, muss sowohl die Politik auf Bund-, Landes- und kommunaler Ebene als auch relevante Akteure der Selbstverwaltung die dafür nötigen Rahmenbedingungen schaffen:

- **Gesellschaftliches Verständnis fördern:** Die öffentliche Wahrnehmung von Post-COVID muss in den Fokus gerückt werden, um das Verständnis für die Krankheit zu verbessern und um die Bagatellisierung des Krankheitsbildes zu bekämpfen. Hier braucht es konzertierte und zielgruppengerechte Informationskampagnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.
- **Forschung interdisziplinär ausrichten:** Die wissenschaftliche Forschung zu PCS muss insgesamt gestärkt und interdisziplinär ausgerichtet werden. Hierfür ist eine biopsychosoziale Perspektive in Forschungsausschreibungen, z. B. im Rahmen der vom Bundesforschungsministerium ausgerufenen Nationalen Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen, dringend notwendig.
- **Forschung stärker koordinieren:** Eine koordinierte Forschungsförderung, die nicht nur Ressort-, sondern auch Förderquellen- und Ländergrenzen-übergreifend zusammenarbeitet, ist notwendig. Auf nationaler Ebene muss die Forschungsförderung der Bundesministerien mit der des Innovationsausschusses beim G-BA gedacht werden, um Forschungsergebnisse schneller in die Versorgung zu überführen. EU-Förderprogramme sind notwendig, um die internationale Zusammenarbeit zur Erforschung von PCS zu stärken.
- **Genehmigungsverfahren beschleunigen:** Genehmigungsverfahren für experimentelle und klinische Studien müssen sowohl auf Bundes- und Landesebene effizienter gestaltet werden, um die zeitnahe Überführung von Innovationen (z. B. neuen Medikamenten zur Behandlung von PCS) in die Praxis zu fördern.
- **Leistungserbringer auskömmlich finanzieren:** Ausreichende Ressourcen müssen durch Länder und Krankenkassen für die multi-disziplinäre und Setting-übergreifende Behandlung von Menschen mit PCS bereitgestellt werden, um der Komplexität des Krankheitsbildes gerecht zu werden.

Unterstützende Verbände und Organisationen

Stand: 14.04.2026

- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)
- Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V. (DGBP)
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV)
- Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (LIPPs)



DGPPN

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030 2404 772-0
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

DGPM

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V.

Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin
T 030 20648243
E info@dgpm.de

dgpm.de