

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/  
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

## Epidemiologie der Angststörungen

Wancata J, Freidl M, Fabrian F

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2011; 12 (4), 332-335

Homepage:

**www.kup.at/**

**JNeurolNeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



**FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024**

# 13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen  
und Österreichischen Gesellschaften für  
Epileptologie und der Schweizerischen  
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg

[www.epilepsie-tagung.de](http://www.epilepsie-tagung.de)

[www.epilepsie-tagung.de](http://www.epilepsie-tagung.de)



Deutsche  
Gesellschaft für  
Epileptologie



Schweizerische Epilepsie-Liga  
Ligue Suisse contre l'Epilepsie  
Swiss League Against Epilepsy

# Epidemiologie der Angststörungen

J. Wancata, M. Freidl, F. Fabrian

**Kurzfassung:** Diese Publikation gibt eine Übersicht über die Epidemiologie der Angststörungen. Etwa 10 % der Allgemeinbevölkerung leiden unter Angststörungen, wobei Sozialphobie und spezifische Phobien am häufigsten vorkommen. Angststörungen kommen bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern vor. Etwa die Hälfte aller Personen mit Angststörungen leidet auch unter einer anderen psychischen Erkrankung. Übersichtsarbeiten haben gezeigt, dass die Ergebnisse bezüglich Prävalenz und Inzidenz zwischen den einzelnen Studien deutlich differieren, was vermutlich in einem beträchtlichen Ausmaß mit methodischen Unterschieden zwischen den

Studien zu tun hat. Eine Reihe bevölkerungsbezogener Studien berichtet, dass ein relevanter Anteil der an Angststörungen Erkrankten nicht die erforderlichen Behandlungen erhält.

**Schlüsselwörter:** Angststörung, Phobie, Epidemiologie

**Abstract: Epidemiology of Anxiety Disorders.** This paper gives an overview on the epidemiology of anxiety disorders. About 10 % of the adult general population suffer from any anxiety disorder. Social phobia and specific phobias are

the most common types of anxiety disorders. All types of anxiety disorders are clearly more frequent among women than among men. About half of all individuals with anxiety disorders suffer from any comorbid mental disorder. Reviews show a large variability between single studies, probably due to methodological differences. Several population surveys indicate that a marked proportion of those with anxiety disorders do not receive adequate treatment. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2011; 12 (4): 332–5.**

**Key words:** anxiety disorder, phobia, epidemiology

## ■ Einleitung

Unter Angststörungen werden mehrere Krankheiten zusammengefasst, die von der Panikstörung und der generalisierten Angststörung bis hin zu phobischen Störungen, wie der Agoraphobie oder Soziophobie, reichen. Diese Krankheiten sind durch eine ausgeprägte Angst gekennzeichnet, obwohl akute Gefahren oder Bedrohungen nicht vorhanden sind. Bei der Abgrenzung gegenüber normalen „gesunden“ Angstreaktionen sind vor allem die Intensität, Dauer und Angemessenheit der Angstreaktion in Relation zum Auslöser, sowie die Folgen des Auftretens der Angstzustände zu berücksichtigen. Die Unterteilung in Subtypen wird im Gegensatz zu früheren diagnostischen Kriterien heute aufgrund von Symptomatik, Verlauf und Dauer getroffen, jedoch nicht auf Basis ätiologischer Hypothesen.

## ■ Prävalenz

Eine kürzlich publizierte Übersicht zur 1-Jahres-Prävalenz verschiedener psychischer Erkrankungen zeigt, dass Angststörungen im Laufe eines Jahres durchaus häufig zu finden sind. Auch im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen kommen Angststörungen wie Sozialphobie, spezifische Phobien, Panikstörungen oder generalisierte Angststörungen häufig vor [1].

Eine Literaturübersicht über die Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen [2] berichtet über weltweit insgesamt 41 Studien zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung von einzelnen Angststörungen oder allen Angststörungen gemeinsam, die zwischen 1987 und 2004 durchgeführt worden waren. Die mittlere 1-Jahres-Prävalenz für alle Angststörungen (Tab. 1)

basierend auf dieser Metaanalyse betrug über alle Studien weltweit 10,6 % (in einem Bereich von 4,2–17,2 %). Diese Metaanalyse berichtet auch Ergebnisse für die einzelnen Typen von Angststörungen (Tab. 2), wobei die Sozialphobie (4,5 %) und spezifische Phobien (3,0 %) am häufigsten waren und die Panikstörung (1,0 %) am seltensten vorkam. Eine österreichische Studie unter stationären Aufnahmen in Allgemeinkrankenhäusern und in Pflegeheimen [3–5] berichtete die 1-Monats-Prävalenz für alle Angststörungen gemeinsam in der Höhe von 2,1 % in Allgemeinkrankenhäusern und von 1,9 % in Pflegeheimen.

Nahezu alle Studien weltweit berichten, dass Angststörungen bei Frauen häufiger als bei Männern vorkommen. Die Metaanalyse von Somers et al. [2] (Tab. 3) fand bei Frauen für Panikstörungen, Agoraphobie und spezifische Phobien eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz als bei Männern.

Die Studien zur Lebenszeitprävalenz zeigen eine beträchtliche Schwankungsbreite zwischen 9,2 % und 28,7 % (Tab. 1). Für einzelne ausgewählte Angststörungen wie die Sozialphobie fanden sich mehr als 30-fache Unterschiede der Lebenszeitprävalenz zwischen den Studien [2]. Solche extremen Unterschiede werfen ernste Bedenken bezüglich der Ergebnisse und Validität von Studien zur Lebenszeitprävalenz auf.

Die meisten der dargestellten Studien bezogen sich auf Stichproben von < 65-Jährigen. Nur vereinzelt finden sich Studien zur Prävalenz der Angststörungen in der älteren Bevölkerung. So berichteten Ritchie et al. [18], dass 14,2 % der > 65-Jährigen (Frauen 18,1 %, Männer 8,7 %) im zeitlichen Querschnitt unter irgendeiner Angststörung litten.

## ■ Inzidenz

Weltweit wird ein Mangel an Studien zur Inzidenz der Angststörungen konstatiert. Somers et al. [2] fanden überhaupt nur 5 Studien, die die Inzidenz irgendeiner Angststörung untersucht hatten. Es wird aber berichtet, dass Angststörungen häufig im Alter zwischen 12 und 17 Jahren beginnen [19]. Studien, die den Krankheitsverlauf von Angststörungen beschrie-

Eingelangt am 25. April 2011; angenommen nach Revision am 14. September 2011; Pre-Publishing Online am 19. Oktober 2011

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

**Korrespondenzadresse:** Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Wancata, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: johannes.wancata@meduniwien.ac.at

**Tabelle 1:** Ausgewählte Studien zur Prävalenz aller Angststörungen (basierend auf der Metaanalyse von Somers et al. [2]); Best Estimates der Metaanalyse (Prozentwerte mit 95 %-Konfidenzintervallen).

Autoren	Land, Stadt	1-Jahres-Prävalenz (%)	Lebenszeitprävalenz (%)
Henderson et al. (2000) [6]	Australien	9,7	–
Bijl et al. (1998) [7]	Niederlande	12,4	19,3
Faravelli et al. (1997) [8]	Italien: Florenz	4,2	–
Fournier et al. (1997) [9]	Kanada: Montreal	–	14,7
Offord et al. (1996) [10]	Kanada: Ontario	12,2	–
Kessler et al. (1994) [11]	USA (NCS) national	17,2	24,9
Chen et al. (1993) [12]	Hong Kong	–	–
Bourdon et al. (1992) [13]	USA (ECA): 5 Regionen, überwiegend städtisch	10,1	14,6
Wacker et al. (1992) [14]	Schweiz: Basel	–	28,7
	DSM-III-R	–	23,0
	ICD-10	–	13,9
Wittchen et al. (1992) [15]	Früheres Westdeutschland	–	13,9
Lee et al. (1987) [16]	Korea: Seoul (städtisch) und Myeon (ländlich)	–	9,2
Canino et al. (1987) [17]	Puerto Rico	–	13,6
Best Estimate der Metaanalyse (95 %-CI)		10,6 (7,5–14,3)	16,6 (12,7–21,1)

**Tabelle 2:** 1-Jahres- und Lebenszeitprävalenz von Angststörungen (basierend auf der Metaanalyse von Somers et al. [2]); Best Estimates der Metaanalyse (Prozentwerte mit 95 %-CI).

	1-Jahres-Prävalenz	Lebenszeitprävalenz
Panikstörung	1,0 (0,55–1,5)	1,2 (0,7–1,9)
Agoraphobie	1,6 (1,0–2,3)	3,1 (2,1–4,4)
Sozialphobie	4,5 (3,0–6,4)	2,5 (1,4–4,0)
Spezifische Phobien	3,0 (1,0–5,8)	4,9 (3,4–6,8)
Generalisierte Angststörung	2,6 (1,4–4,2)	6,2 (4,0–9,2)
Alle Angststörungen	10,6 (7,5–14,3)	16,6 (12,7–21,1)

**Tabelle 3:** 1-Jahres-Prävalenz von Angststörungen für Männer und Frauen (basierend auf der Metaanalyse von Somers et al. [2]); Best Estimates der Metaanalyse (Prozentwerte mit 95 %-CI).

	Männer	Frauen
Panikstörung	1,2 (0,54–2,1)	2,7 (1,4–4,3)
Agoraphobie	1,1 (0,72–1,7)	2,9 (1,8–4,4)
Sozialphobie	3,0 (1,7–4,7)	4,6 (2,8–7,0)
Spezifische Phobien	4,4 (4,1–4,8)	10,6 (9,0–12,3)
Generalisierte Angststörung	1,4 (0,96–2,0)	2,6 (1,6–3,8)
Alle Angststörungen	8,9 (7,2–10,9)	16,4 (12,6–20,8)

ben, berichten, dass die Krankheit oft > 10 Jahre andauert [20].

### ■ Komorbidität

Die Komorbidität von Angststörungen mit anderen psychischen Erkrankungen ist generell hoch [21]. Eine kürzlich publizierte multinationale Studie [22] berichtete, dass etwa die Hälfte jener Personen, die unter einer Sozialphobie leiden, auch unter irgendeiner anderen psychischen Erkrankung leiden. Tabelle 4 zeigt, dass Personen mit einer bestimmten Angststörung eine vielfach erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, auch unter einer anderen Angststörung zu leiden. So haben beispielsweise Personen mit Agoraphobie ein > 20-fach erhöhtes Risiko für generalisierte Angststörungen, Sozialphobie oder spezifische Phobien (Tab. 4). Es findet sich aber auch eine hohe Komorbidität mit psychischen Krankheiten wie Depressionen oder Alkoholabhängigkeit (Tab. 5).

### ■ Gründe für die Heterogenität epidemiologischer Ergebnisse

Die oben dargestellten Studien zeigen teilweise eine beträchtliche Heterogenität bezüglich der Ergebnisse zur Prävalenz. Selbstverständlich muss bei der Interpretation dieser Daten immer die Zusammensetzung der jeweiligen Stichproben be-

rücksichtigt werden, da wie berichtet Angststörungen beispielsweise bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern vorkommen (Tab. 3).

Wie mittlerweile aus mehreren Studien bekannt ist, können die verwendeten Diagnosekriterien die Prävalenz beeinflussen [14, 23]. So berichten beispielsweise frühere Studien (bis Anfang der 1990er-Jahre), die noch DSM-III verwendeten, geringere Raten als Studien, die auf DSM-III-R oder DSM-IV [24] basieren. Es muss berücksichtigt werden, dass sich die diagnostischen Kriterien für Angststörungen zwischen DSM-III und DSM-III-R deutlich veränderten, während es zwischen DSM-III-R und DSM-IV nur geringe Unterschiede gibt [25]. Neben dem Vorhandensein bestimmter Symptome wird von DSM zusätzlich verlangt, dass diese Symptome den Alltag der Betroffenen relevant beeinträchtigen (z. B. Probleme in der Arbeit, in den sozialen Beziehungen oder der Bewältigung des Alltags). Leider existieren bislang keine klaren und einheitlichen Grenzwerte, ab wann die Symptome den Alltag relevant beeinträchtigen. Die verwendeten Grenzwerte und Definitionen variieren von Studie zu Studie. Eine weite Krankheitsdefinition wird klarerweise zu einer höheren Prävalenz führen als eine enge Krankheitsdefinition [2, 26].

Einige Übersichtsarbeiten haben darauf hingewiesen, dass manche Angststörungen in Asien seltener als in Europa ge-

**Tabelle 4:** Zusammenhang (Odds Ratios und 95 %-CI) zwischen einzelnen Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung in mehreren europäischen Ländern (ESEMeD-Studie [22]).

	Generalisierte Angststörung	Sozialphobie	Spezifische Phobien	Agoraphobie	Panikstörung
Generalisierte Angststörung	–				
Sozialphobie	13,5 (7,7–23,5)	–			
Spezifische Phobien	6,7 (4,2–10,7)	9,7 (6,3–15,1)	–		
Agoraphobie	25,7 (12,9–51,0)	21,6 (10,5–44,5)	24,2 (13,9–42,3)	–	
Panikstörung	20,3 (11,4–36,0)	11,6 (5,7–23,5)	7,8 (4,7–12,9)	25,8 (11,5–57,9)	–

**Tabelle 5:** Zusammenhang (Odds Ratios und 95 %-CI) zwischen Angststörungen einerseits und Depressionen sowie Alkoholabhängigkeit andererseits in der Allgemeinbevölkerung in mehreren europäischen Ländern (ESEMeD-Studie [22]).

	Major Depression	Alkoholabhängigkeit
Generalisierte Angststörung	33,7 (23,2–49,1)	11,2 (3,8–32,9)
Sozialphobie	10,2 (6,9–15,1)	2,7 (0,6–12,3)
Spezifische Phobien	6,2 (4,7–8,1)	3,3 (1,3–8,4)
Agoraphobie	25,8 (14,8–45,0)	10,7 (3,0–38,5)
Panikstörung	29,4 (19,9–43,4)	6,8 (2,2–21,1)

funden wurden [2, 26], wobei aber bislang unklar ist, ob das an der Verwendung unterschiedlicher Diagnosekriterien, der Stichprobenszusammensetzung oder Problemen der „transkulturellen Validität“ der Erhebungsinstrumente liegt. Weiters gibt es Hinweise darauf, dass Studien, die auf Laieninterviews beruhen, signifikant höhere Raten berichten als Studien, die auf Experteninterviews von Psychiatern oder Psychologen beruhen [2].

### ■ Versorgung der Kranken

In einer in Finnland durchgeführten epidemiologischen Studie [27] wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie in den vergangenen 12 Monaten irgendwelche Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen hatten. Die Ergebnisse zeigen, dass 84,3 % jener Personen, die unter irgendeiner Angststörung litten, einen Arzt oder eine andere Gesundheitseinrichtung aufgesucht hatten, wobei 33,5 % eine Behandlung durch Spezialisten (Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater etc.) erhielten, während der Rest ausschließlich bei Allgemeinmedizinern in Behandlung war. Analysiert man jene Gruppe, die von Spezialisten behandelt wurde, so waren 41,9 % medikamentös behandelt worden und 6,7 % hatten psychologisch-psychotherapeutische Interventionen erhalten. Außerdem wurden 38,4 % mit einer Kombination aus Psychopharmaka und psychologisch-psychotherapeutischen Interventionen behandelt. Allerdings erhielten 13 % jener Personen, die unter einer Angststörung litten, keinerlei Behandlung. Diese Ergebnisse stimmen mit jenen von Wittchen [28] aus einer deutschen Untersuchung überein. Andere Studien zeigten, dass Personen mit Angststörungen häufig erst mit deutlicher Verzögerung eine entsprechende Behandlung erhielten [29]. Ein wesentlicher Grund dafür könnte sein, dass Angststörungen von den behandelnden Ärzten oft nicht erkannt werden [30].

### ■ Schlussfolgerungen

Angststörungen sind häufige psychische Krankheiten. Im Laufe eines Jahres leidet etwa jeder zehnte Erwachsene unter irgendeiner Angststörung, wobei Sozialphobie und spezifische Phobien am häufigsten vorkommen. Frauen leiden deutlich häufiger als Männer unter Angststörungen. Allerdings ist die Datenlage bezüglich der älteren Bevölkerung und bezüglich der Inzidenz bislang recht dürftig. Es scheint, dass die Stichprobenszusammensetzung und methodische Probleme, wie Unterschiede in der Falldefinition, die Ursachen für die teilweise beträchtlichen Unterschiede bezüglich der Prävalenz sind.

Die unterschiedlichen Unterformen der Angststörungen kommen häufig in Kombination mit anderen Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen vor, ein Aspekt, der sicher auch in der Behandlung berücksichtigt werden sollte. Die Tatsache, dass viele Menschen mit Angststörungen keine adäquate Behandlung bekommen, ist besorgniserregend. Es scheint dringend nötig, die Ursachen dafür genauer zu untersuchen [30, 31].

### ■ Relevanz für die Praxis

Angststörungen sind häufig und haben relevante Konsequenzen.

### ■ Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor verneint einen Interessenkonflikt.

### Literatur:

1. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357–76.
2. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 100–13.
3. Wancata J, Benda N, Hajji M, et al. Prevalence and course of psychiatric disorders among nursing home admissions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 74–9.
4. Wancata J, Benda N, Hajji M, et al. Psychiatric disorders in gynecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 220–6.
5. Wancata J, Benda N, Windhaber J, et al. Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 8–14.
6. Henderson S, Andrews G, Hall W. Australia's mental health: overview of the general population survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 197–205.
7. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 587–95.
8. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, et al. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 24–9.
9. Fournier L, Lesage AD, Toupin J, et al. Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: a Montreal Catchment Area Study. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 737–43.

10. Offord DR, Boyle MH, Campbell D, et al. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 559–63.
11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
12. Chen CN, Wong J, Lee N, et al. The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 125–33.
13. Bourdon KH, Rae DS, Locke BZ, et al. Estimating the prevalence of mental disorders in US adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Public Health Rep* 1992; 107: 663–8.
14. Wacker HR, Mullejans R, Klein KH, et al. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 1992; 2: 91–100.
15. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, et al. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Euro Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241: 247–58.
16. Lee CK, Kwak YS, Rhee H, et al. The nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea. *J Korean Med Sci* 1987; 2: 19–34.
17. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 727–35.
18. Ritchie K, Artero S, Beluche I, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 147–52.
19. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999; 29: 309–23.
20. Perugi G, Simonini E, Savino M, et al. Primary and secondary social phobia: psychopathologic and familial differentiations. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 245–52.
21. Keller MB. The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (Suppl 417): 85–94.
22. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al.; the ESEMeD DMHEEA 2000 investigators. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl 420): 28–37.
23. Wancata J, Börjesson-Hanson A, Östling S, et al. Diagnostic criteria influence dementia prevalence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 1034–45.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
25. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T, et al. Size and burden of social phobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 453–62.
26. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (Suppl 417): 4–18.
27. Shivo S, Hämäläinen J, Kiviruusu O, et al. Treatment of anxiety disorders in the Finnish general population. *J Affect Dis* 2006; 96: 31–8.
28. Wittchen HU. Met and unmet need for interventions in community cases with anxiety disorders. In: Andrews G, Henderson S (eds). *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge University Press, Cambridge, 2000; 256–87.
29. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 937–44.
30. Wancata J, Benda N, Bach M, et al. Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *J Psychosomat Res* 2000; 48: 149–55.
31. Meise U, Wancata J, Hinterhuber H. Psychiatrische Versorgung in Österreich: Rückblick – Entwicklungen – Ausblick. *Neuropsychiatrie* 2008; 22: 230–42.

**Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata**

Leiter der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie (Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie), Medizinische Universität Wien.



# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)