

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**2nd International Consultation on
Incontinence - Empfehlungen des
International Scientific Committee:
Evaluation und Behandlung von
Harninkontinenz, Deszensus/Prolaps
von Beckenorganen und
Stuhlinkontinenz - Teil 4**

Kölle D

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2004; 11 (1)*

(Ausgabe für Österreich), 40-44

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 40-44

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (1)

(Ausgabe für Deutschland), 38-42

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

EVALUATION UND BEHANDLUNG VON HARN- INKONTINENZ, DESZENSUS / PROLAPS VON BECKENORGANEN UND STUHLINKONTINENZ

Diese Übersetzung der Empfehlungen der ICI wurde von Dr. Dieter Kölle, Universitätsfrauenklinik Innsbruck, vorgenommen, um diese einem weiten Leserkreis zugänglich zu machen. In dieser Ausgabe finden Sie den vierten Teil; die weiteren Kapitel werden in den nächsten Heften abgedruckt werden. Der Abdruck erfolgt mit schriftlicher Genehmigung von S. Khoury.

IV. EMPFEHLUNGEN ZUR FÖR- DERUNG, ERZIEHUNG UND OR- GANISATION VON KONTINENZ- BEHANDLUNG (CONTINENCE CARE)

Es wurden Fortschritte auf dem Gebiet der Förderung der Wahrnehmung von Kontinenz, der Ausbildung von Fachpersonal und Konsumenten, der Organisation der Verteilung der Behandlung und von öffentlichem Zugang zu Information auf einer weltweiten Basis erzielt. Dennoch muß Inkontinenz als ein separater Tagesordnungspunkt auf der World Health Care-Tagesordnung ausgewiesen werden. Alle Regierungen werden ermutigt, Interesse daran zu entwickeln und die Entwicklung von Kontinenzdiensten durch aktive Planungsstrategien und Zurverfügungstellung von ausreichend Mitteln zu unterstützen. Diese sollten eine primäre Präventionsstrategie inkludieren. Beispielsweise könnten solche Präventionsstrategien in Entwicklungsländern mit einer hohen, aus der Geburtshilfe resultierenden Komplikationsrate beinhalten, daß bei allen Geburten die Anwesenheit von qualifiziertem Gesundheitspersonal sichergestellt und im Falle von Komplikationen Zugang zu sekundären Gesundheitseinrichtungen für alle vorhanden sind. Die Präventionsstrategie würde auch Erziehung inkludieren in dem Versuch, zu verhindern, daß physisch unreife Mädchen schwanger werden, da sie die höchste Inzidenz an Komplikationen haben.

Nachfolgend sind spezifische Empfehlungen für drei Gebiete dargestellt: Förderung/Werbung, Erziehung und Organisation.

1. WERBUNG

Öffentliche Informationskampagnen sind notwendig, um die Öffentlichkeit zu unterrichten, Tabus aufzubrechen und gesundheitsorientiertes Verhalten zu fördern. Wo immer möglich, sollten die Massenmedien miteingebunden werden. Kontinenzförderung sollte gesundheitsfokussiert sein und eine Terminologie verwenden, die von Patienten und der Allgemeinheit verstanden wird. Öffentliche Informationskampagnen könnten die Verbesserung der Sicht auf das Problem beinhalten, die Notwendigkeit von Forschung betonen sowie den Effekt und die Effizienz des Programms evaluieren.

Die ICI unterstützt die Etablierung eines weltweiten „Blasengesundheits“-Tages.

2. ERZIEHUNG

Entdeckung, Abklärung und Behandlung von Inkontinenz müssen ein Pflichtthema aller Lehrpläne und Weiterbildungsprogramme von Medizinern, Pflegepersonal und verwandten Berufsbildern sein. Diese Programme sollten die Basisprinzipien von Gesundheitserziehung beinhalten, die eine Änderung von Wissen, Haltungen und Verhalten fördern.

Da professionelle Erziehung allein das Verhalten nicht geändert hat, sind andere Werkzeuge zur Vermehrung von oder aufbauend auf erzieherischen Bestrebungen notwendig.

3. ORGANISATION

Die Bedürfnisse der Nutzer der Dienste (Patienten und Versorger) müssen bei der Planung von Kontinenzdiensten berücksichtigt werden. Kontinenzdienste müssen auf einer multidisziplinären Basis angeboten und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Diensten vor Ort und von Spezialisten sicherstellen. Gut ausgebildetes Personal mit entsprechender Akkreditierung muß die Kontinenzbehandlung anbieten. Die Kontinenzbehandlung sollte auf akzeptierten Konsensus-Empfehlungen basieren.

a) Bereitstellung von Kontinenzdiensten

Die Bedürfnisse der Nutzer der Dienste (Patienten und Versorger) müssen bei der Planung von Kontinenzdiensten berücksichtigt werden. Kontinenzdienste müssen auf einer multidisziplinären Basis angeboten werden und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Diensten vor Ort und von Spezialisten sicherzustellen. Es ist notwendig, nationale und regionale Versorgungsmodelle zu entwickeln und zu testen. Ausreichend gut geschultes, professionelles Personal mit geeigneter Supervision muß die Kontinenzbehandlung anbieten. Die Kontinenzbehandlung sollte auf akzeptierten Konsensus-Empfehlungen basieren.

b) Weltweite Organisation

Alle Länder sollten die Zusammenarbeit bei der Nutzung knapper Ressourcen zur Förderung öffentlichen Bewußtseins und Ausbildung verstärken.

Organisationen müssen Marktforschung zum besseren Verständnis der Bedürfnisse von inkontinenten Personen durchführen, mit dem Ziel, eher ihre eigenen Angelegenheiten und Prioritäten zu setzen, als sich von der Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung leiten zu lassen.

Weltweit erziehen Länder die Öffentlichkeit durch Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen, Telefon-Hotlines, Internet, Broschüren und Gemeindeformationen. Diese Organisationen, besonders das *Continence Promotion Committee (CPC)* der *International Continence Society (ICS)*, benötigen Zugang zu Marketing- und Werbefachleuten, um ihre Anstrengungen zu verbreitern. Das CPC der ICS sollte der zentrale Koordinationskörper zur Stimulierung der Zusammenarbeit weltweiter Aktivitäten auf dem Gebiet der Kontinenz-Förderung sein.

V. EMPFEHLUNGEN ZUR FORSCHUNG

Es gibt viele Ziele von Forschung – zuallererst die Verbesserung der Patientenbehandlung, aber auch die Förderung des Verständnisses über den Krankheitsprozeß. Wir benötigen ein breites Spektrum an Information, wenn wir nicht nur verstehen wollen, welche Behandlungen wirken, sondern auch, warum sie funktionieren (oder auch nicht). Das höchste Ziel ist, glaubwürdige Forschung zu produzieren. Wenn die Forschung aufgrund von starkem Studiendesign wirklich glaubhaft ist,

wird die Wirkung maximiert sein. Die klinische Anwendung der Forschung wird beschleunigt werden und andere Forscher werden angezogen, die Information bei ihrer eigenen Suche nach Wissen zu verwenden. Die Empfehlungen des Komitees werden in Allgemeine Empfehlungen für Inkontinenzforschung, Empfehlungen für spezielle Patientengruppen und Empfehlungen für spezifische Typen von Inkontinenztherapie eingeteilt.

Allgemeine Empfehlungen zur Klinischen Forschung über Inkontinenz

1. Der erste Schritt in der Planungsphase beinhaltet die Durchsicht der vergangenen und, falls möglich, der derzeit laufenden Arbeit auf dem Gebiet. Die Arbeit der Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) und ihrer Cochrane Incontinence Group (www.otago.ac.nz/cure/) stellen ein beachtliches Gut für einen potentiellen Untersucher bei der Definition des Status gegenwärtigen Wissens und der Schlüsselfragen für weitere Forschung dar.
2. Wann immer möglich, sollte klinische Forschung prospektiv, randomisiert und multizentrisch sein. Die randomisierte klinische Studie (RCT) eliminiert viele Arten von Bias, die Forschung fehlerhaft machen können. Während Beobachtungsstudien in manchen Gebieten wertvoll sein können, kann der Bias, der aus unterschiedlicher Selektion resultiert (sowohl durch Patienten als auch durch den Kliniker induziert), nicht eliminiert werden, auch nicht durch Verwendung fortgeschrittener statistischer Methoden. Multizentrische Studien betreffen einen größeren Bevölkerungsquerschnitt und erhöhen die Generalisierbarkeit der Resultate.
3. Äquivalenzstudien werden zu selten verwendet. Dieses Design sollte zur Demonstration verwendet werden, daß zwei Behandlungsmethoden ein ähnliches Outcome zeigen oder daß kein Unterschied zwi-

schen Behandlungs- und Kontrollgruppe besteht. Dies kann von Bedeutung sein, wenn eine Behandlung signifikant kosteneffektiver ist, eine bessere Lebensqualität bietet, weniger toxisch oder zeitaufwendig für den Patienten ist, wenn ein ähnliches klinisches Outcome erzielt werden kann. Der Fehlschlag, einen Unterschied zwischen zwei Behandlungsmethoden zu finden, ist nicht dasselbe wie die Äquivalenz zu beweisen, wenn dieses Design nicht verwendet wurde.

4. Die Studienpopulation sollte eine Stichprobe umfassen, die für die Gesamtbevölkerung repräsentativ ist, so daß eine breite Repräsentativität angenommen werden kann. Dies ist für klinische Studien genauso wichtig wie für Beobachtungsstudien. Nichtsdestotrotz ist „die zugrunde liegende Logik von klinischen Studien vergleichend und nicht repräsentativ“.
5. Die Consolidated Standards of Reporting Trials- (CONSORT-) Erklärung stellt Richtlinien zur Berichterstattung über Design, detaillierte Methodik und Resultate von RCTs zur Verfügung.
6. Spezifische Outcome-Variablen werden im Detail von den individuellen Komitees diskutiert. In nahezu allen Situationen sollte das Outcome-Setting eine Dimension beinhalten, die den Blickwinkel des Patienten repräsentiert (wie zum Beispiel ein Fragebogen, der sich auf Symptome und Auswirkung auf die Lebensqualität bezieht), genauso wie eine geeignete klinische Outcome-Variable.
7. Sekundär-Outcomes und Subgruppenanalyse unterliegen den Gefahren der multiplen Hypothesentestung. Solche Messungen sollten zu Beginn der Studie definiert und nur spärlich eingesetzt werden. Analysen von solchen Outcomes werden oft am besten als explorativ betrachtet, d. h. als hypothesengenerierende Übungen, für die eine unabhängige Bestätigung erforderlich ist.

8. Einschluß- und Ausschlußkriterien sollten eine für die angesprochene Fragestellung relevante Studienpopulation zur Verfügung stellen und zusammengenommen die Heterogenität oder Homogenität der Studienpopulation definieren. Die Erweiterung der Einschlußkriterien kann eine Studie generalisierbarer machen und die Rekrutierung erleichtern. Dagegen kann die allzu große Verbreiterung der Eintrittskriterien den Effekt, der bei den geeignetsten Patienten gesucht wird, verdünnen. Wenn die Studienpopulation mit vielen Ausschlußkriterien zu eng definiert wird, kann die Anwendbarkeit der Ergebnisse limitiert und die Rekrutierung von Studienteilnehmern schwierig sein. Das Komitee hat den Eindruck, daß die klinische Inkontinenzforschung einen großen Bedarf an mehr und größeren RCTs auf nahezu allen Gebieten hat. Breite Einschlußkriterien zur Aufnahme von möglichst vielen Patienten sind wünschenswert.

9. Die Zieldifferenz ist unstrittig die wichtigste Quantität, die bei der Berechnung der Stichprobengröße spezifiziert werden muß. Die Zielgrößendifferenz ist definiert als die minimale Differenz, die für einen klinisch relevanten Unterschied erforderlich ist, eine Differenz, die zu einer Änderung des klinischen Managements für die Patientenzielgruppe führen würde. Dies muß in der Planungsphase der Studie spezifiziert werden.

10. Es ist etablierte Praxis, daß – außer wenn starke Argumente für das Gegenteil sprechen – die primären Analysen einer RCT-Studie (sowohl für primäre als auch sekundäre Zielgrößen) auf einer Intention-to-treat-Basis durchgeführt werden sollten. Es mag von Interesse sein, den Effekt der Behandlung bei voller Compliance zu schätzen. Daher können sekundäre Analysen mit Einschluß von Noncompliance und / oder welche Behandlung im Endeffekt wirklich erhalten wurde, ergänzend zu

den primären Analysen gerechtfertigt sein.

11. Das CONSORT-Statement ist speziell ausgearbeitet zur Bereitstellung von Standards für die Berichterstattung über RCTs. Das Einhalten dieser Richtlinien und die Verwendung von Flußdiagrammen im besonderen sind mit einer verbesserten Berichtqualität von RCTs verknüpft. Meta-Analysen sind ihrerseits wiederum Thema separater Berichterstattungsrichtlinien, dem QUORUM-Statement. Richtlinien zur Berichterstattung von diagnostischen Tests (das START-Dokument) werden 2001 publiziert.

12. Empfehlungen für die minimale Datensammlung in klinischer Forschung sind in den Proceedings des NIH Terminology Workshop for Researchers in Female Pelvic Floor Disorders und durch das International Continence Society (ICS) Standardization Committee festgehalten. Eine breite demographische Beschreibung der Patientenpopulation ist wünschenswert. Während wenige Studien genügend groß sein werden, um den Effekt von demographischen Faktoren auf das Outcome zu analysieren, macht die potentielle Verwendung von Meta-Analysen einen kompletten Datensatz wertvoll.

13. Ein oder mehrere validierte Instrumente zur Symptombeurteilung sollten zu Beginn einer klinischen Studie ausgewählt werden, um die Ausgangssymptome und andere Gebiete, bei denen die Behandlung einen Effekt erzielen kann, exakt zu bestimmen. Ein ideales Instrument würde alle Symptome aufzeichnen, die den unteren Harntrakt und relevante assoziierte Organsysteme betreffen – die gastrointestinale und Sexualfunktion sind dabei besonders wichtig. Ein ideales Instrument würde sowohl den objektiven Schweregrad des Symptoms als auch den Einfluß oder die Belastung messen, die durch die Anwesenheit des Symptoms produziert wird. Zusätzlich zu

spezifischen Symptomen sollte die Gesamtbeurteilung des Studienteilnehmers über seinen Zustand inkludiert werden. Forschung auf dem Gebiet von Inkontinenz und LUTS (Symptome des unteren Harntrakts) sollte sowohl allgemeine als auch zustandsspezifische gesundheitsrelevante Lebensqualitätsinstrumente beinhalten.

14. Die Beobachtungen des Klinikers über Anatomie, im besonderen den Zustand der weiblichen Beckenbodenverankerung, sollten unter Verwendung von standardisierten und reproduzierbaren Meßmethoden aufgezeichnet werden. Die Funktion von Beckenbodenmuskeln und willkürlichem Sphinkter sollte unter Verwendung einer quantifizierbaren Skala berichtet werden. Diese Messungen sollten nach der Intervention wiederholt und mit primären klinischen Outcome-Messungen korreliert werden.

15. Klinische Studien über Inkontinenz und LUTS sollten Miktionstagebücher als wesentlichen Ausgangspunkt und als Outcome-Messung inkludieren. Das Protokoll sollte das gemessene Miktionsvolumen (über zumindest einen Tag, falls ein Mehr-Tage-Tagebuch verwendet wird) inkludieren.

16. Klinische Studien über Inkontinenz und LUTS sollten einen Pad-Test als wesentlichen Ausgangspunkt und als Outcome-Messung beinhalten.

17. Die meisten klinischen Studien sollten Studienteilnehmer auf Grund von sorgfältig definierten Symptomen und nicht auf Basis von urodynamischen Tests (UDS) aufnehmen. Verblindete Basis-UDS sind sehr wünschenswert, um ihren prädiktiven Wert zu bestimmen. In der idealen klinischen Studie werden urodynamische Tests zu Beginn und am Ende zwecks Korrelation von Symptomänderungen und physiologischen Veränderungen durchgeführt. Bei

multizentrischen Studien sollten die urodynamischen Tests von einem zentralen Beurteiler zur Minimierung von Bias interpretiert werden.

18. Ein Follow-up von Inkontinenzbehandlungen wird 1 bis 3 Monate und 12 Monate nach der Behandlung vorgeschlagen und danach in jährlichen Intervallen so lange wie möglich.

19. Sozioökonomische Daten können eine wichtige Outcome-Variable sein und sollten wann immer möglich erfaßt werden.

EMPFEHLUNGEN FÜR SPEZIELLE PATIENTENGRUPPEN

1. Bei Männern sollten, falls die Therapie das Prostatavolumen verändern könnte, vor und nach Behandlung die Volumina gemessen werden. Es kann auch angebracht sein, die Patienten nach dem Prostatavolumen zu stratifizieren. Falls durchführbar, sollten immer Detrusor-Druck-Fluß-Messungen vor und nach der Therapie durchgeführt werden, um das Vorhandensein und das Ausmaß der Änderung einer Blasenauß-obstruktion zu dokumentieren.

2. Bedeutend mehr Forschung wird in der Gruppe der gebrechlichen älteren Bevölkerung benötigt. Es handelt sich hierbei um eine heterogene Population, die ein detailliertes Studiendesign und gewissenhafte Beschreibung der klinischen Ausgangsdaten benötigt, falls die Resultate interpretierbar sein sollen. Für die Population gebrechlicher älterer Patienten existiert die Notwendigkeit zur Validierung aller Instrumente und Abläufe, welche in der Inkontinenzforschung verwendet werden. „Klinisch signifikante“ Zielgrößen und Beziehungen des Outcome zu sozioökonomischen Kosten sind sehr

wichtig zum Nachweis des Nutzens der Inkontinenzbehandlung in dieser Bevölkerungsgruppe.

3. Wir unterstützen verstärkte klinische Forschung bei Kindern. Alle Untersucher, die mit Kindern arbeiten, sollten sich der Details des Protokolls und besonders der kritischen Punkte rund um die Einverständniserklärung bewußt sein. Langzeit-Follow-up ist von entscheidender Bedeutung in der pädiatrischen Subpopulation, um den Effekt einer Behandlung auf normales Wachstum und Entwicklung beurteilen zu können. Forschung wird benötigt zur Entwicklung von standardisierten Outcome-Meßparametern inklusive validierter, altersspezifischer und krankheitsspezifischer Lebensqualitäts-Outcome-Meßgrößen.

4. Detaillierte urodynamische Studien werden zur Klassifikation von neurogenen Störungen des unteren Harntrakts für Forschungsstudien benötigt, weil die Natur der Dysfunktion des unteren Harntrakts aufgrund klinischer Daten allein nicht exakt vorhergesagt werden kann. Die Änderung des Detrusor Leak Point Pressure (DLPP) sollte, wo angezeigt, als Outcome-Meßgröße berichtet werden und kann als primäre Zielgröße in Ergänzung zur Symptomentantwort betrachtet werden.

EMPFEHLUNGEN FÜR SPEZIELLE TYPEN VON INKONTINENZ-FORSCHUNG

1. Behandlungsprotokolle für Studien über Verhaltens- und Physiotherapie müssen bis zu dem Grad detailliert werden, daß die Arbeit leicht reproduziert werden kann. Mehr Arbeit ist erforderlich zur Unterscheidung von spezifischen und unspezifischen Effekten der Behandlung.

2. Die United States Food and Drug Administration (FDA) hat detaillierte Richtlinien für Studien über intra-urethrale und vaginale Hilfsmittel und urethrale Füllstoffe (bulking agents) zur Behandlung von Inkontinenz aufgestellt. Diese Behandlungen sind jedoch an sich nicht ähnlich und die Richtlinien sollten so verfeinert werden, daß die Empfehlungen dem Risiko, das einer Behandlung innewohnt, angemessen ist.

3. Bei Pharmakotherapiestudien müssen die Untersucher sensitiv gegenüber dem Konflikt bei der Verwendung von Placebos in klinischen Studien sein. Während Placebos von einem wissenschaftlichen Blickwinkel oft wünschenswert sind, sollte dennoch jede mögliche Überlegung zur Gewährleistung angestellt werden, daß die Interessen des einzelnen Patienten bei der Planung sicherer und ethischer Forschung im Vordergrund stehen.

4. Kontinuität in der klinischen Führung vom Design bis zur Autorenschaft ist in höchstem Maße wünschenswert. Alle Autoren sollten imstande sein, die Verantwortung für die publizierte Arbeit zu übernehmen und alle möglichen Interessenskonflikte sollten vollständig offengelegt werden.

5. Es gibt eine große Notwendigkeit für randomisierte klinische Studien über die chirurgische Therapie von Harninkontinenz. Wir empfehlen die Durchführung urodynamischer Untersuchungen im Rahmen chirurgischer Forschung. Es existiert jedoch kein klares Wissen hinsichtlich der Empfehlungen für minimales Testen oder die Verwendung spezieller Tests. Forschung über den prädiktiven Wert von präoperativen urodynamischen Untersuchungen würde äußerst wertvoll sein. Berichte über erfolgreiche Behandlung sollten auf Studienteilnehmer mit einem Minimum von einem Jahr Follow-up beschränkt werden.

ZUSAMMENFASSUNG

- Jegliche qualitative hochstehende Forschung, sei sie prospektiv oder retrospektiv, klinisch oder vorklinisch, beginnt mit einer detaillierten Planung: Erstellung einer klaren und relevanten Hypothese, Entwicklung einer Studie von geeigneter Größe zur Annahme oder Verwerfung der Hypothese und Definition der Methoden ausreichender Sensitivität und Spezifität zur Generierung glaubwürdiger Daten.
- Klinische Inkontinenzforschung muß eine große Bandbreite von Basis- und Outcome-Meßgrößen beinhalten, inklusive anatomische und physiologische Variablen, urodynamische Untersuchungen,

Miktionstagebücher und Pad-Tests, Symptombewertung und Messungen der Lebensqualität. Die Beurteilung des ökonomischen Outcomes sollte, wann immer möglich, inkludiert werden. Auf jedem Gebiet müssen die Daten unter Verwendung strukturierter und reproduzierbarer Methodik gesammelt werden. Die Symptombewertung und andere Instrumente müssen für die untersuchte Population validiert sein.

- Das CONSORT-Statement sollte von Forschern, Begutachtern und Herausgebern für die Publikation von RCTs als Kriterium angenommen werden.
- Eine urodynamische Basisuntersuchung ist für die neurogene Population erforderlich und wird für chirurgische Studien empfohlen. Urodynamische Basisuntersu-

chungen sind jedoch für alle Arten von Inkontinenzforschung in höchstem Maß wünschenswert. Es gibt großen Bedarf an kritischer Untersuchung des prädiktiven Werts von urodynamischen Messungen zur Verfeinerung sowohl unserer Geräte als auch von Diagnose und Behandlung von Patienten.

- Das primäre Ziel klinischer Forschung stellt die Verbesserung der Patientenbetreuung dar, das höchste Ziel ist das Verständnis der Natur von Krankheiten und wie Behandlungen wirklich funktionieren. Wir können diesen Fortschritt durch Sammlung umfassender Basis- und Follow-up-Daten erlangen und durch Korrelation von Outcome- und Basischarakteristika mit beobachteten Veränderungen während der Therapie.

Herausgeber: P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury

Teilnehmer: P. Abrams, K. E. Andersson, W. Artibani, L. Brubaker, L. Cardozo, D. Castro, J. Christiansen, J. Delancey, L. Denis, J. Donovan, D. Fonda, C. Fowler, J. Gosling, D. Griffiths, S. Herschorn, Y. Homma, T. Hu, S. Hunskaar, S. Khoury, H. Kölbl, A. Kondo, H. Madersbacher, M. Mitchell, J. Morrison, J. Mostwin, D. Newman, R. Nijman, O. Nishizawa, C. Payne, R. Shull, A. Smith, W. Steers, P. van Kerrebroeck, C. Norton, F. Richard, J. Thüroff, L. Wall, A. Wein, D. Wilson, U. Ulmsten und die Mitglieder der Komitees.

Organisiert von International Consultation on Urological Diseases (ICUD), NGO in offizieller Zusammenarbeit mit der WHO, International Continence Society (ICS), in Zusammenarbeit mit AUA, CAU, EAU, FIGÖ, SIU, UAA, und anderen medizinischen Gesellschaften

„Patient“ ist geschlechtsneutral zu verstehen und steht für Patientin oder Patient je nach Zusammenhang gleichermaßen.

Übersetzung: OA Ass. Prof. Dr. Dieter Kölle, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

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](#)