



## ANTRAG

an die der Quality Austria GmbH in Kooperation mit  
Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich  
**auf Zertifizierung  
als Kontinenz- und Beckenbodenzentrum**



Rückantwort

**Quality Austria**

Trainings-, Zertifizierungs- und Begutachtungs GmbH

Am Winterhafen 1, A4020 Linz

Festnetz: +43 (0) 732 34 23 22 607

Mobil: +43 (0) 676 84 78 84 200

E-Mail: [rafael.ziomek@qualityaustria.com](mailto:rafael.ziomek@qualityaustria.com)

Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum in:	
Koordinator:	
Klinik:	
Abteilung:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Internet:	

*(Die Angaben bitte von der Abteilung des Koordinators)*

**Folgende Qualifikationen/Strukturen zur Etablierung eines Kontinenz- und Beckenbodenzentrums sind erfüllt (siehe Zertifizierungsbedingungen)**

**Mindestens 5 kooperierende medizinische Fachdisziplinen:**

**Verpflichtend:**

und **2 weitere:**

- Urologie**    **Gynäkologie**    **Chirurgie**
- Innere Medizin / Gastroenterologie    Geriatrie    Kinderchirurgie
- Kinder und Jugendheilkunde    Kinder-Urologie    Neurologie
- Physikalische & Rehabilitative Medizin    Radiologie
- andere

**Verpflichtend außerdem die Teilnahme der Fachbereiche von**

- Physiotherapie
- Kontinenz- und Stomaberatung

**Weitere teilnehmende Fachbereiche können sein:**

- Mediz. Psychologie
- Ernährungsberatung
- Sozialberatung



**Verpflichtende Kooperation mit mindestens einer extramuralen Einrichtung:**

- Niedergelassenen Arztpraxen
- Ambulantem Pflegedienst
- Niedergelassene Physiotherapeuten/innen
- Reha-Einrichtungen oder
- Kontinenz- Selbsthilfegruppe

**Kooperierende Abteilungen**

<b>Name des Leiters:</b>	<b>Name der Abteilung:</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Weitere:	

<b>Name der qualifizierten Pflegekraft(e):</b>	<b>Name der Abteilung:</b>

<b>Name der/des qualifizierten PhysiotherapeutIn:</b>	<b>Name der Abteilung:</b>

**Verpflichtend Nachweise für**

- Qualifikation/Kompetenz zur Beratung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Versorgung von Harnblasen-, Darm und Beckenbodenfunktionsstörungen aller im Zentrum mitarbeitenden Berufsgruppen
- Teilnahme an Fortbildungen, Publikationen, Vorträgen, Mitarbeit Arb.gruppen
- Bestimmung Koordinator (Mitglied der MKÖ)
- 4x Jahr interdisziplin. Konferenz des KBBZ
- Verpflichtend Kommunikation (Website, Faltbroschüre)

**Besondere Schwerpunkte**

- Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- Patienten mit neurologischen Störungen
- Sonstiges:

**Verpflichtend speziell technisch-apparative Ausstattung des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums:**

- Abdominalsonographie/Perinealsonographie
- Vaginalsonographie –Introitussonographie
- Endoanalsonographie
- Urodynamischer Messmethoden
- Sphinktermanometrie
- Urethrozystoskopie
- Rektoskopie
- Proktoskopien
- Radiologische Basisdiagnostik (Beckenübersicht, iv.Pyelographie, Defäkographie)
- Elektrotherapie
- Biofeedback



**Zusätzliche techn.-apparative Ausstattung können sein:**

- Neurophysiolog. Untersuchungsmöglichkeiten
- Vaginoskopie
- Zystourethrographie
- CT
- MRI
- Videourodynamik
- Kolon-Transitzeitbestimmung

**Verpflichtend personelle Ausstattung**

- FachärztInnen aus allen teilnehmenden Abteilungen
- Spezialisierte Pflegefachkräfte-Kontinenz-StomaberaterInnen, UrotherapeutInnen
- Spezialisierte PhysiotherapeutInnen

**Ergänzend können weitere Fachkräfte eingebunden werden:**

- Mediz. Psychologie
- Ernährungsberatung
- Sozialberatung

**Eigene Spezialsprechstunde**

Möglich  Ja  Nein

Folder vorhanden  Ja  Nein

Internetadresse (Website):

**Am Kontinenz- und Beckenbodenzentrum werden durchgeführt (verpflichtende Nachweise der regelmäßigen Durchführung):**

- Basisdiagnostik (inklusive Miktions- und Stuhlprotokolle)
- Funktionelle Beckenbodendiagnostik (mit Palpation oder Biofeedback)
- Nichtinvasive urodynam. Untersuchung (Harnflussmessung, sonogr. Restharnko.)
- Invasive urodynam. Untersuchung
- Bildgebende Verfahren wie Perineal- oder Introitussonographie
- Radiologische Bildgebung (Zystographie, Defäkographie)
- Durchführung/Befundung Zystoskopien, analer Manometrien, Rekto-/Proktoskopien und Endoanalsonogr.

**Optional:**

- Videourodynamik
- Miktionszystourethrographie
- CT, MRT

**Verpflichtender Nachweis spezielle Therapieverfahren:**

**Konservativ:**

- Verhaltenstherapie (z.B Miktionstraining, Toilettentraining, Urotherapie)
- Beckenphysiotherapien
- Elektrotherapie u. andere Verfahren
- ISK-Einschulung
- Beratung bzgl. Hilfsmittel und Heilbehelfe
- Obstipations- und Stuhlentleerungsmanagement
- Medik. Therapien



**Operativ:**

Fälle/Jahr

**Inkontinenzoperationen mit mind. 2 OP Techn.:**

- Spannungsfreie Bänder
- Kolposuspension
- Faszienzügelplastik
- Ballonimplantate
- Adjustierbare Schlingen
- Artifizieller Sphinkter

**Inkontinenzoperationen:**

- Analosphinkterplastik
- Sphinkterraffung
- Rektopexie
- Rektumprolapsoperation Frau/Mann (perianal, perineal, transabdom.-offen/laparosk.)
- Prolapschirurgie Frau vaginal, laparosk., abdom mit oder ohne Mesh.
- Botulinumtoxin-Therapie (Blase,Sphinkter)
- Sakrale Neuromodulation in der Chirurgie

**Optional:**

- Sphinkterersatz

- Andere operative Verfahren

**Verpflichtend dokumentierte Information:**

- Dokumentation aller relevanten Besprechungen des KBBZ inkl. Boardsitzungen (4x Jahr)
- Ziele des KBBZ
- Nachweis standardisiertes Fehler/Beschwerde- und klin. Risikomanagement
- Nachweis Einhaltung Dokumentation Pat.akte inkl. DSGVO

**Fallzahlen**

- mindestens 500 PatientInnen/Jahr Betreuung, Abklärung, Therapie und
- 100 spezielle Operationen

Anmerkungen:

Wir ersuchen die Rechnung an folgende Adresse zu senden:

**Klinik:**


Unterschrift des Koordinators  
Bzw. Antragstellers:

Datum:

---