

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

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

(Die Angaben bitte von der Abteilung des Koordinators bzw. der Koordinatorin)

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

Mindestens 5 kooperierende medizinische Fachdisziplinen:

- Verpflichtend:** **Urologie** **Gynäkologie** **Chirurgie**
und 2 weitere: 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
- Ambulantes Pflegedienst
- Niedergelassene Physiotherapeut*innen
- Reha-Einrichtungen oder
- Kontinenz- Selbsthilfegruppe

Kooperierende Abteilungen

Name des Leiters bzw. der Leiterin:	Name der Abteilung:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Weitere:	

Name der qualifizierten Pflegekraft(e):	Name der Abteilung:

Name der*des qualifizierten Physiotherapeut*in:	Name der Abteilung:

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*in (Mitglied der MKÖ)
- 4x Jahr interdisziplin. Konferenz des KBBZ
- Verpflichtend Kommunikation (Website, Faltbroschüre)
- Präsentation Tätigkeiten des KBBZ

Besondere Schwerpunkte

- Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- Patient*innen 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

- Fachärzt*innen aus allen teilnehmenden Abteilungen
- Spezialisierte Pflegefachkräfte-Kontinenz-Stomaberater*innen, Urotherapeut*innen
- Spezialisierte Physiotherapeut*innen

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 Miktionsstraining, 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 | <input type="checkbox"/> |
| Kolposuspension | <input type="checkbox"/> |
| Faszienzügelplastik | <input type="checkbox"/> |
| Ballonimplantate | <input type="checkbox"/> |
| Adjustierbare Schlingen | <input type="checkbox"/> |
| Artifizieller Sphinkter | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenzoperationen:

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

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 Patient*innen/Jahr Betreuung, Abklärung, Therapie und
- 100 spezielle Operationen (Nachweis anhand von gesamt 10 Stichproben in den 3 Disziplinen Chirurgie/Urologie/Gynäkologie anhand OP Dok./MEL/Pat.akt. Die Gesamtstichproben von 10 werden aufgeteilt in 3/3/4 in den 3 Disziplinen.

Anmerkungen:

- Das KBBZ erklärt sich einverstanden damit, dass die Auditdokumente inkl. Präsentation des KBBZ an den Vorstand der MKÖ übermittelt wird.



Wir ersuchen die Rechnung an folgende Adresse zu senden:

Klinik:

Unterschrift des Koordinators bzw. der
Kordinatorin bzw. Antragstellenden:

Datum:
