



An die  
Gemeinsame Zertifizierungskommission  
Der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.  
Und der Deutschen Gesellschaft für Urologie

z. Hd. Frau Dr. Marion Friers  
Friedrichstraße 15  
60323 Frankfurt am Main

## Antrag zur Zertifizierung bzw. Re-Zertifizierung als Zentrum für Interstitielle Zystitis und Beckenschmerz

### Antragsteller

Koordinator:in	
Klinik*	
Abteilung	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Homepage	

\*Die Angaben bitte von der Abteilung des/der Koordinator\*in

	<b>Fachdisziplinen</b>	<b>Name des Kooperationspartners</b>
	Urologie	
	Chirurgie	
	Gynäkologie	
	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum/ Abteilung für Kontinenz	
	Schmerztherapie	
	Pathologie	
	Neurologie	



	Psychosomatische Medizin	
	Physikalische & Rehabilitative Medizin/Physiotherapie	
	Ernährungsmedizin/Ernährungsberatung	
	andere	

### **Folgende Qualifikationen zur Etablierung eines Zentrums für Interstitielle Zystitis (IC) und Beckenschmerz sind erfüllt**

(Mindestens 5 kooperierende medizinische Fachdisziplinen, siehe Zertifizierungsbedingungen)

#### **Kooperation mit:**

	Pflegedienst der Klinik	Name des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin
	Reha Einrichtung	Name der kooperierenden Klinik

#### **Nachweis der Expertise durch (bitte Bescheinigungen und Nachweise beifügen):**

	Bescheinigung der Teilnahme an Veranstaltungen zum Thema, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.</li> <li>– Jahreskongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.</li> <li>– Seminare der Arbeitskreise</li> </ul>	
	Einreichung von Publikationen oder Vorträgen zu relevanten Themen	
	Mitarbeit in themenbezogenen Arbeitskreisen	
	Organisation von Patient:innenveranstaltungen über IC	
	Kooperation mit der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.	
	Informationsveranstaltung für Betroffene	
	Informationsbroschüre /Flyer für Betroffene	
	Eigene IC-Spezialsprechstunde	Fälle pro Jahr: .....



### Spezielle technisch-apparative Ausstattung des Zentrums für IC und Beckenschmerz

	Krankheitsbezogene Fragebögen
	Perineal- / Introitussonographie
	Urodynamischer Messplatz / Videourodynamischer Messplatz
	Zystoskopie ohne / mit Narkose
	Photodynamische Zystoskopie (Hexvix)
	Transurethrale Resektion / Laser / Fulgurisierung
	Physionizer zur EMDA-Therapie
	Radiologische Diagnostik
	Spezielle Aufarbeitung in der Pathologie

**Am Zentrum für IC und Beckenschmerz werden durchgeführt:**  
 (nur Berücksichtigung von Patient:innen mit IC- und Beckenschmerzsymptomatik)

	Diagnostik	Fälle pro Jahr
	Krankheitsbezogene Fragebögen	
	Perineal- / Introitussonographie	
	Urodynamische Untersuchungen	
	Kaliumchlorid-Test (KCL-Test)	
	Zystoskopie ohne Narkose	
	Zystoskopie mit Narkose	
	Hydrodistension	
	Photodynamische Zystoskopie	
	Transurethrale Resektion (TUR-B)	



	Histologische Untersuchungen	
	Spezielle Aufarbeitung in der Pathologie	

	<b>Konservative Therapie</b>	<b>Fälle pro Jahr</b>
	Verhaltenstherapie	
	Physiotherapie	
	Elektrotherapie (8-050)	
	Biofeedback	
	Medikamentöse orale Therapie	
	Schmerztherapie	
	andere konservative Verfahren	

	<b>Intravesikale und interventionelle Therapie</b>	<b>Fälle pro Jahr</b>
	Blaseninstillationstherapie	
	Elektromotive Medikamentenapplikation (EMDA) (8-650)	
	Botulinumtoxin-Therapie (5-579.62; 8-020.1)	
	Anderweitige Injektionstherapie	
	Resektion / Fulgurisierung (5-573.-)	
	Laser	



<b>Operative Therapie</b> (nur Eingriffe bei Diagnose IC oder Beckenschmerz)	<b>Fälle pro Jahr</b>
Sakrale Neuromodulation (5-059.-)	
Pudendale Neuromodulation (5-059.-)	
Andere operative Stimulationsverfahren (5-059.-)	
Zystektomie (5-576.-)	
Zystourethrektomie (5-576.-)	
Blasenaugmentation (5-578.6)	
Inkontinente Harnableitung (5-564.-, 5-565.-)	
Kontinente Harnableitung (5-564., 5-565., 5-566.-, 5-577.-)	
Neoblase beim Mann	
Neoblase bei der Frau	
Nabelpouch	
Andere operative Therapieverfahren	

**Hiermit bestätige ich die Expertise aller beteiligten Fachrichtungen  
und stelle den Antrag zur Zertifizierung als**

**Zentrum für Interstitielle Zystitis und Beckenschmerz**

\_\_\_\_\_  
**Ort/Datum**

bei digitaler Versendung ohne Unterschrift gültig

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**