**Antragsformular**

 zur (Re-)Zertifizierung einer Therapieeinrichtung durch die AGA/DAG

Institution / Klinik:

Verantwortliche/r des

Patientenschulungsprogramms:

Art der Einrichtung: ambulant [ ]  stationär [ ]  beides [ ]

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Hiermit stellen wir den Antrag auf eine (Re-)Zertifizierung unserer Therapieeinrichtung mit Patientenschulungsprogramm durch die AGA / DAG.

Wir versichern, dass die Leitlinien der AGA in Bezug auf die Adipositasschulung erfüllt sind. Eine Dokumentation über die Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist beigefügt.

Datum       Ort

Unterschrift Verantwortlicher \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGA- Mitglied: ja [ ]  nein [ ]

**Anlagen:**

1. Antragsformular
2. Schulungsmanual mit Beschreibung des inhaltlichen und didaktischen Konzeptes, Lehrmaterial einschließlich Handbuch/Manual (für Eltern und Kinder/Jugendliche)
3. Schulungsmanual mit Beschreibung des inhaltlichen und didaktischen Konzeptes, Lehrmaterial einschließlich Handbuch/Manual (für Therapeuten)
4. Nachweis der Ergebnisqualität nach vorgegebenen Kriterien (apv o.a.)
5. Nachweis Qualifikation Therapeuten (Kopie Berufsabschlüsse)
6. Nachweis Einzahlung der (Re-)Zertifizierungsgebühr: Zertifizierung € 500,00 / Rezertifizierung € 300,00 (Kontoinhaber: Deutsche Adipositasgesellschaft e.V., Sparkasse München, IBAN: DE40 7015 0000 0040 1123 44, BIC: SSKMDEMM), Stichwort: AGA- Zertifizierung, Name Therapieeinrichtung)
7. ggf. Kooperationsverträge

### Strukturqualität

**1. Räume**

|  |  |
| --- | --- |
| Schulungsraum (Größe m²) |       |
| Lehrküche (Größe m²) |      |
| Gymnastikraum / Sporthalle (Größe m²) |      |
| Untersuchungszimmer | Ja [ ]  |
| Geeicht: Waage, Messlatte, Blutdruckgerät | Ja [ ]  |
| Laboruntersuchungen (wer führt durch)  |            |
| Sonstiges: |                 |

**2. Personal**

Geben Sie hier die Namen Ihrer Schulungsteammitglieder an. Die beruflichen Urkunden (bitte **nur** die höchste erreichte Qualifikation; ggf. Zusatzqualifikationen – keine Fortbildungen!) werden als Anlage beigefügt:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Namen | Berufsbezeichnung | AGA Adipositas-trainer**Ja / nein** |
| Ärzte |                    |                 | [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  |
| Psychologen |                    |                 | [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  |
| Bewegungs-fachkräfte |                 |                 | [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  |
| Ernährungs-fachkräfte |                 |                 | [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  |
| Sonstige |                 |                 | [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ]  |

**Wer ist der/die Schulungsverantwortliche?**

AGA- Mitglied: ja [ ]  nein [ ]

**Prozessqualität**

**Schulungsangebote:**

Im Jahr vor Antragstellung haben wir folgende Adipositasschulungen angeboten:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alters-gruppe | Aufteilung nach GeschlechtJa / nein | Ambulant / stationär | AnzahlproAnzahl / Jahr | Anzahl Teil-nehmer pro Gruppe | Dauer (Wochen) | Einheiten à 45 Min. gesamt |
|       |      |       |     |     |     |     |
|       |      |       |     |     |     |     |
|       |      |       |     |     |     |     |
|       |      |       |     |     |     |     |
|       |      |       |     |     |     |     |

Ergänzungen:

**Weitere Aspekte der Prozessqualität**

|  |  |
| --- | --- |
| Welche Einschlusskriterien bestehen für die Schulung? |            |
| Welche Ausschlusskriterien bestehen für die Schulung? |            |
| Wie erfolgt die Überprüfung der Motivation zur Teilnahme? |            |
| Welche Abbruchkriterien bestehen für die Schulung? |            |
| In welcher Form (Kaution, Vorleistung, Anteil) und in welcher Höhe leisten die Familien einen Eigenbeitrag? |                 |
| Wie erfolgt die Eingangsdiagnostik? Durch | [ ]  Klinik [ ]  Arzt im Team[ ]  zuweisenden Arzt |
| Eingangsdiagnostik: Werden die AGA-Leitlinien eingehalten? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Wie wird der Kontakt zu den zuweisenden Ärzten dokumentiert? |            |
| Wie wird die Teilnahme an der Schulung dokumentiert? |            |
| Wie wird der individuelle Lernfortschritt der Teilnehmer während der Schulung festgestellt und berücksichtigt? |            |
| Wie werden die Eltern von Jugendlichen geschult bzw. über die Schulung informiert? |            |
| Wie wird die Teilnahme an der Eltern- Schulung dokumentiert? |            |
| Wie wird das Schulungsergebnis dokumentiert? |            |
| Wie oft finden Sitzungen des Schulungsteams statt? |            |
| Existieren schriftliche Schulungsunterlagen je für Kinder und Jugendliche? | [ ]  für Kinder [ ]  für Jugendliche[ ]  Unterlagen f. Kinder & Jugendliche sind gleich |
| Existieren schriftliche Schulungsunterlagen für Eltern? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Werden die Teilnehmer an nachsorgende Einrichtungen weitergeleitet? Wenn ja, wie geschieht das? | [ ]  Ja [ ]  Nein           |
| Wird Nachhaltigkeit aktiv angestrebt durch Bemühungen, häusliche Strukturen einzubeziehen? (Vernetzung, Transition, Selbsthilfe) | [ ]  Ja [ ]  Nein           |

### Ergebnisqualität

**Sicherung der Ergebnisqualität**

[ ]  Wir nehmen an APV teil (zum Ausfüllen der folgenden Tabellen können Ihre APV-Auswertungen verwendet werden)

**Erstantrag – Vorgaben siehe Richtlinien, S. 14**

|  |  |
| --- | --- |
| Angabe der Anzahl der Teilnehmer zu Behandlungsbeginn im Jahr vor Antragstellung (bzw. ein bis drei Jahre vor Antragstellung) |       |
| Angabe (in %) der Abbrecher bis Schulungsende |       |
| Angabe (in %) der Teilnehmer mit Gewichtsreduktion während der Therapie (≥ 0,0 SDS-BMI) |       |
| Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht am Ende der Behandlung ≥ 0,2 SDS-BMI verringert haben |       |
| Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht am Ende der Behandlung ≥ 0,5 SDS-BMI verringert haben |       |

**Folgeantrag – Vorgaben siehe Richtlinien, S. 14**

 (wenn Sie beim **Erst**antrag bereits über 3-Jahres-Ergebnisdaten verfügen, erhält das Erstzertifikat bereits eine vierjährige Gültigkeit – dafür bitte **hier** ausfüllen)

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Teilnehmer, die im Zeitraum von       eine Therapie begonnen haben (Therapiebeginn vor drei bis max. vor fünf Jahren) |       |
| Anzahl der zur Nacherhebung aufgeforderten Patienten (3 Jahre nach Therapiebeginn / Therapiebeginn vor drei bis max. vor fünf Jahren) |       |
| Anzahl der an der Nacherhebung teilgenommenen Patienten |       |
| Angabe (in %) der Teilnehmer mit Gewichtsreduktion 3 Jahre nach Therapiebeginn (≥ 0,0 SDS-BMI) |       |
| Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht 3 Jahre nach Therapiebeginn ≥ 0,2 SDS-BMI verringert haben |       |
| Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht 3 Jahre nach Therapiebeginn ≥ 0,5 SDS-BMI verringert haben |       |

Weitere **Evaluationsverfahren:**

Ggfs. nähere Angaben:

|  |  |
| --- | --- |
| Ess- u. Ernährungsverhalten [ ]  |            |
| Körperliche Aktivität / Bewegung [ ]  |            |
| Psychosoziale Variablen  [ ]  |            |
| Komorbidität / Begleit-erkrankungen [ ]  |            |