



Antragsformular

Version Oktober 2025

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 beigelegt.

Datum: _____ Ort: _____

Unterschrift Verantwortliche/r: _____

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 Adipositas Gesellschaft 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 m ²)	
Lehrküche (Größe m ²)	
Gymnastikraum/ Sporthalle (Größe m ²)	
Untersuchungszimmer Geeicht: Waage, Messlatte, Blutdruckgerät	ja ☐ ja ☐
Laboruntersuchungen (wer führt durch)	
Sonstiges	

2. Personal

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

	Namen	Berufsbezeichnung	AGA Adipositas-Trainer	
			Ja	Nein
Ärzte			☐	☐
Psychologen			☐	☐
Bewegungsfachkräfte			☐	☐
Ernährungsfachkräfte			☐	☐
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 Geschlecht		Ambulant/ stationär	Anzahl pro Jahr	Anzahl Teilnehmer pro Gruppe	Dauer (Wochen)	Einheit à 45min. gesamt
	ja	nein					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					

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 (Kautio, 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 ($\geq 0,0$ SDS-BMI)	
Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht am Ende der Behandlung $\geq 0,2$ SDS-BMI verringert haben	
Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht am Ende der Behandlung $\geq 0,5$ SDS-BMI verringert haben	

Folgeantrag – Vorgaben siehe Richtlinien, S. 14

(wenn Sie beim **Erstantrag** 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 ($\geq 0,0$ SDS-BMI)	
Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht 3 Jahre nach Therapiebeginn $\geq 0,2$ SDS-BMI verringert haben	
Angabe (in %) der Teilnehmer, die ihr Gewicht 3 Jahre nach Therapiebeginn $\geq 0,5$ SDS-BMI verringert haben	

Weitere **Evaluationsverfahren:**

Ggfs. nähere Angaben:

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