

Zertifizierung von **Therapieeinrichtungen**

Version Juli 2026

mit Patientenschulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas durch die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas- Gesellschaft (DAG)

Die Zertifizierung von Therapieeinrichtungen mit Patientenschulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas durch die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) stellt seit vielen Jahren ein Gütesiegel zur Behandlung dieser vulnerablen Personengruppe dar. Durch die Zertifizierung soll der hohe Standard der Behandlung und der multiprofessionellen Herangehensweise an die Therapie der Adipositas gewährleistet werden. Erfolg definiert sich auf vielen Ebenen, vor allem durch eine Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen sowie möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen und nicht allein durch die Gewichtsreduktion.



Hintergrund

Eine Zertifizierung erfolgt, wenn die im Folgenden beschriebenen Qualitätsanforderungen zu **Struktur-, Konzept-, Prozess- und Ergebnisqualität** erfüllt sind (siehe Checklisten S. 4ff. sowie Ausführungsbestimmungen S.10ff.). Diese entsprechen der aktuellen S3-Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (s. Homepage der AGA: <https://adipositas-gesellschaft.de/aga/leitlinien/>).

Die Modalitäten der Antragstellung finden sich auf der Homepage der AGA unter <https://adipositas-gesellschaft.de/aga/zertifizierung/therapieeinrichtungen/> (siehe „Formular“).

Von der Therapieeinrichtung müssen folgende **Dokumente** vorliegen:

Obligat beim Erstantrag¹:

1. komplett ausgefülltes Antragsformular (siehe Anlage)²
2. Zielgruppenspezifisches Lehrmaterial (für Eltern bzw. Sorgeberechtigte und deren Kinder/Jugendliche)
3. Schulungsmanual für Therapeuten/Therapeutinnen
4. Nachweis der Teilnahme am APV-Programm³
5. Falls erforderlich: Kooperationsverträge mit weiteren Institutionen (z.B. Sportverein, VHS etc.)
6. Überweisung der Zertifizierungsgebühr

¹ Gemäß der gültigen S3-Leitlinie

² Nachweise beifügen; eine Überprüfung der gemachten Angaben vor Ort durch Vertreter/Vertreterinnen der AGA ist möglich

³ Für ein nationales Benchmarking und eine erleichterte Verlaufsdokumentation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ist die Verwendung des **APV-Programms** (**A**dipositas-**P**atienten-**V**erlaufsdokumentation) erforderlich. Hierbei handelt es sich um eine gemeinsame Entwicklung der Arbeitsgruppe Computerunterstütztes Qualitätsmanagement in der Medizin an der Universität Ulm, und der AGA. Dieses Programm erlaubt die Darstellung der geforderten Daten für die Ergebnisqualität (s. www.a-p-v.de). Die Zusammenarbeit zwischen der AGA und APV ist in einer Kooperationsvereinbarung geregelt.

Alle eingereichten Dokumente unterliegen der jeweils aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dürfen nicht von der AGA/DAG an Dritte weitergegeben oder publiziert werden. Der Antragsteller muss schriftlich bestätigen, dass die im Antrag aufgeführten Personen zugestimmt haben, dass ihre personenbezogenen Daten weitergeleitet werden. Das Zertifikat hat bei Erstantrag eine Gültigkeit von drei Jahren.

Unterlagen für die Re-Zertifizierung

Außerdem sind bei der *Re-Zertifizierung* Angaben zur Ergebnisqualität am Ende der Behandlung erforderlich. Anzugeben sind die Daten aller Patienten/Patientinnen, die die Maßnahme in der Therapieeinrichtung abgeschlossen haben. Folgeanträge haben eine Gültigkeit von vier Jahren.

Bearbeitungsgebühr

Die Höhe der Bearbeitungsgebühr findet sich auf der Homepage der AGA unter <https://adipositas-gesellschaft.de/aga/zertifizierung/therapieeinrichtungen/>.

Checklisten

Bei einem Erstantrag muss alles dokumentiert und die Unterlagen eingereicht werden; beim Re-Antrag müssen nur Änderungen sowie die aktuelle Ergebnisqualität angegeben werden.

■ Checkliste Strukturqualität

Qualifikationsbereich	Anforderung	ja
1. Bauliche Ausstattung	• Schulungs- und Besprechungsraum • Lehrküche • Gymnastikraum/Sporthalle • Untersuchungsräume für körperliche Untersuchung	☐
2. Technische Voraussetzungen	• Geeichte Waage und Messlatte • Blutdruckmanschetten (in unterschiedlichen Größen) • Möglichkeit Labordiagnostik durchzuführen	☐
3. Therapie- und Schulungsmanual /Lehrmaterialien		
3.1 für Therapeuten/Therapeutinnen	obligatorische Inhalte: • Ernährung • Psychosoziales • Bewegung • medizinische Aspekte • Elternschulung • Es wird ein Manual für Therapeuten/Therapeutinnen vorgehalten, in dem die praktischen Übungen und das Vorgehen in der Schulung beschrieben wird. • Nachhaltigkeit wird aktiv angestrebt durch Bemühungen, häusliche Strukturen einzubeziehen (z.B. Vernetzung, Transition, Selbsthilfe)	☐
3.2 für Kinder/Jugendliche/Eltern	• Es werden zielgruppenspezifische Lehrmaterialien für Kinder/Jugendliche und deren Eltern/Sorgeberechtigte vorgehalten.	☐



4. Personal	• Es ist mindestens ein/e AGA-Adipositas-Trainer/Trainerin vorhanden. • Es ist ein Team aus vier Berufsgruppen (s. 4.1 – 4.4) vorhanden.	☐
4.1 Qualifikation Arzt/Ärztin ⁴	• Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit einer mindestens einjährigen Berufserfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. - oder • Facharzt/Fachärztin eines anderen Bereiches mit einer mindestens dreijährigen Berufserfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas.	☐
4.2 Qualifikation Ernährungsfachkraft ⁴	• Ernährungswissenschaftler/Ernährungswissenschaftlerin oder Ökotrophologe/Ökotrophologin (mit Abschluss Diplom, Bachelor oder Master) oder • Diätassistent/Diätassistentin oder • Abschluss eines vergleichbaren Studiums	☐
4.3 Qualifikation Bewegungsfachkraft ⁴	• Dipl. Sportlehrer/Sportlehrerin, Sportpädagoge/Sportpädagogin M. A. oder vergleichbare Abschlüsse mit dem Studienschwerpunkt Rehabilitations-/Behindertensport oder • Sportlehrer/Sportlehrerin mit der Zusatzbezeichnung „Sporttherapie“ des DVGS (Deutscher Verband für Gesundheitssport) oder • Sportlehrer/Sportlehrerin mit akademischer Ausbildung und Abschluss als Bachelor oder Master oder • Physiotherapeut/Physiotherapeutin mit akademischer Ausbildung und Abschluss als Bachelor oder Master • Motopäde/Motopädin oder • Abschluss eines vergleichbaren Studiums	☐
4.4 Qualifikation Psychosoziales ⁴	• Psychologen/ Psychologinnen (mit Abschluss Diplom, Bachelor oder Master) oder • approbierte ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen oder • Psychotherapeut/Psychotherapeutin (FH) oder • (Sozial-)Pädagogen/Pädagoginnen mit Abschluss (Diplom, Bachelor oder Master) oder • Abschluss eines vergleichbaren Studiums	☐

4.5 Schulungs- verantwortliche ⁴	Der/ die Schulungsverantwortliche des Teams ist AGA-Mitglied (s. Ausführungsbestimmungen).	☐
--	---	--------------------------

⁴ jeweils mit einjähriger Erfahrung in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas



■ Checkliste Konzeptqualität (gemäß aktueller S3 Leitlinie)

	ja
Das Programmkonzept verfolgt einen Kombinationsansatz aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sowie deren Eltern.	☐
Das Programm ist zielgruppenspezifisch konzipiert.	☐
Bariatrische Chirurgie, pharmakologische Therapie, Formuladiäten oder Nahrungsergänzungsmitteln sind kein feststehender Bestandteil des im Schulungsprogramm vermittelten Behandlungskonzeptes, werden aber thematisiert und können im Einzelfall ergänzend eingesetzt werden.	☐
Das Programm strebt die konsentierten Zielvorgaben an bzw. es werden Programmziele formuliert, deren Erreichung sowohl bezüglich des Programms, als auch im Einzelfall messbar sind.	☐
Die vorgesehene Gruppengröße beträgt bis zu 12 Teilnehmende.	☐
Die Programmdauer liegt bei - ambulanten Programmen bei mindestens 6 Monaten - stationären Programmen bei mindestens 3 (bis max. 6) Wochen	☐
Ernährung	
Die Ernährungsempfehlungen entsprechen den Vorgaben der Fachgesellschaften (z.B. AGA, DGE; DGEM).	☐
Eine stark kalorienreduzierte Diät wird nicht empfohlen.	☐
Die Anleitung zum Umgang mit Lebensmitteln und deren Zubereitung umfasst sowohl die Vermittlung von Ernährungswissen als auch praktischen Umgang mit Lebensmitteln.	☐
Bewegung	
Der Schwerpunkt des Bewegungsprogramms liegt, neben dem Vorhalten mindestens eines, besser mehrerer geeigneter Bewegungsangebote in der Gruppe, in der aktiven Förderung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung zu vermehrter Bewegung.	☐
Verhalten/Psychologie	
Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der überwiegenden Zeit der vom Schulungsteam erbrachten Programmstunden für Kinder/Jugendliche.	☐
Medizin	
Kennenlernen relevanter diagnostischer Verfahren, insbesondere der BMI-Perzentile bzw. BMI-SDS, vermitteln der Körperkomposition und ausgewählter Komorbiditäten	

Elterneinbindung

Die Eltern sind aktiv in das Programm für Kinder einbezogen (Angebote an Eltern in Form von Elternabenden und -schulungen, Fortbildungsveranstaltungen, Handbüchern und/oder gemeinsamen Aktionen, Online-Angeboten).	☐
Elternabenden und -schulungen, Fortbildungsveranstaltungen, Handbüchern und/oder gemeinsamen Aktionen, Online-Angeboten).	☐
Die Eltern werden über das Programm für Jugendliche informiert (Minimum: Elternmanual).	☐
Die Eltern werden in den Fertigkeiten geschult, die zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines geänderten Verhaltens der Kinder notwendig sind.	☐
Die Eltern sollen nicht ständig bei Schulungsterminen von Jugendlichen anwesend sein, diese aber bei der Aufrechterhaltung veränderten Verhaltens unterstützen.	☐

Checkliste Prozessqualität

	ja
Verbindliche Einschlusskriterien sind angegeben.	☐
Verbindliche Ausschlusskriterien sind angegeben.	☐
Verbindliche Abbruchkriterien sind angegeben.	☐
Die Motivation von Kindern und Jugendlichen bzw. deren Eltern wird vor Programmbeginn überprüft.	☐
Mögliche psychiatrische Komorbiditäten werden vor Schulungsbeginn abgeklärt.	☐
Die Altershomogenität der Schulungsgruppen ist gewährleistet.	☐
Der individuelle Lernfortschritt der Teilnehmenden wird berücksichtigt.	☐
Der primär behandelnde Kinder-Jugend- oder Hausarzt/Kinder-Jugend- oder Hausärztin ist in den Schulungsablauf seines/ihres Patienten/Patientin eingebunden.	☐
Es werden regelmäßige Teambesprechungen durchgeführt, in denen der Verlauf der einzelnen Teilnehmenden interdisziplinär reflektiert wird.	☐
Bei stationären Therapieeinrichtungen: Empfehlungen von Patienten/Patientinnen an nachsorgende Einrichtungen werden vorgenommen.	☐
Schulung älterer Jugendlicher gemäß der S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin wird berücksichtigt.	☐
Eine Evaluation wird durchgeführt (z.B. über APV).	☐

■ Checkliste Ergebnisqualität

	ja
Angabe der Anzahl der Teilnehmenden zu Behandlungsbeginn im Jahr vor Antragstellung (ggfs. ein bis drei Jahre vor Antragstellung).	☐
Dokumentation von Alter, Geschlecht, Gewicht und Größe zu Beginn der Behandlung.	☐
Dokumentation von Alter, Gewicht und Größe am Ende der Behandlung.	☐
Angabe (in %) der Teilnehmenden im Programm, die die Maßnahme abgebrochen haben.	☐
Angabe (in %), wie viele Teilnehmende ihr Übergewicht verringern (> 0.0 BMI-SDS ¹).	☐
Angabe (in %), wie viele Teilnehmende am Ende der Behandlung ihr Übergewicht > 0.2 bzw. > 0.5 BMI-SDS ¹ verringern.	☐

¹ nach AGA-Perzentilen

■ Checkliste Ergebnisqualität zur Rezertifizierung

	ja
Jährliche Teilnahme am APV-Benchmarking.	☐
Nachweis über die Teilnehmendenzahlen, Dropouts und Programmintensität.	☐
Verpflichtend ist die Erhebung der Veränderung des BMI-SDS sowie mindestens eines weiteren Ergebnisparameters aus einem frei wählbaren relevanten Bereich, z.B. Angaben zum Ess- und Ernährungsverhalten, psychosozialen Aspekten sowie körperlicher Aktivität und Bewegungsverhalten bzw. Inaktivität (Medienkonsum).	☐
Fakultativ: Wünschenswert sind neben Ein- und Ausgangsdaten auch Katamnesedaten von bis zu drei Jahren.	☐

Ausführungsbestimmungen

a) Ziele des Patientenschulungsprogramms

Ziel von Patientenschulungsprogrammen ist - allgemein formuliert - die langfristige Gewichtsreduktion und deren Stabilisierung sowie die Verbesserung Adipositas-assoziiierter Risikofaktoren und Krankheiten bei den Betroffenen durch eine langfristige Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens zur Förderung einer normalen Entwicklung und Leistungsfähigkeit sowie die Verbesserung der Lebensqualität. Mit den Teilnehmenden von Patientenschulungsprogrammen sind deshalb individuelle Zielvereinbarungen abzuschließen und Teilziele zu dokumentieren. Die Überprüfung des Grades der Zielerreichung in jedem Einzelfall muss möglich sein. Dazu sind die mit einfachen Mitteln messbaren Veränderungen der Körpergröße, des Körpergewichtes und des BMI vor, während und nach der Teilnahme an dem Patientenschulungsprogramm festzuhalten. Weitere Erfolgsparameter sind zu dokumentieren.

Da die Fettmasse des Körpers und der BMI ab dem 6. Lebensjahr eine deutliche physiologische Zunahme erfahren, ist der Erfolg einer Teilnahme nur anhand der erzielten Änderung des BMI-SDS zu beurteilen. Dies bedeutet:

- Es wird angenommen, dass eine kurzfristig erfolgreiche Gewichtsreduktion (Reduktion der Fettmasse) dann vorliegt, wenn der BMI-SDS um $> 0,2$ zurück gegangen ist.
- Ein sehr guter Erfolg besteht bei einer Reduktion des BMI-SDS um $> 0,5$.
- Als ergänzende Erfolgskriterien zählen die Verbesserung der mit dem erhöhten Körpergewicht assoziierten Risikofaktoren, die Linderung von Adipositas-assoziierten Krankheiten, Steigerung von Lebensqualität und Teilhabe.

b) Strukturqualität

Die für eine interdisziplinäre Schulung erforderlichen Räume sind vorzuhalten (Sporthalle/Gymnastikraum, Lehrküche, Schulungsraum, Untersuchungszimmer), wie auch die medizintechnischen Geräte (geeichte Waage und Messlatte, Blutdruckmessgeräte in mehreren Manschettenbreiten, Kooperation mit oder eigenes Labor). Unter Berücksichtigung der Module und Inhalte eines Patientenschulungsprogramms ist ein interdisziplinäres Schulungsteam unter ärztlicher Beteiligung erforderlich. Die notwendigen Programminhalte müssen durch ein interdisziplinäres Schulungsteam vermittelt werden. Das Schulungsteam muss seine Kompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Verhaltensmodifikation und Medizin durch entsprechende Zeugnisse über Berufsabschlüsse nachweisen. Alle Teammitglieder müssen entsprechende Kompetenz in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher nachweisen (mindestens 1 Jahr Berufserfahrung in der Behandlung bzw. Betreuung adipöser Kinder und Jugendlicher) sowie über entsprechende didaktische und methodische Fähigkeiten und Erfahrungen verfügen. Das Schulungsteam muss über mind. einen AGA-Adipositas-Trainer/-Trainerinnen verfügen. Die Schulung soll einem vorgegebenen Methodenkonzept folgen, das in einem Therapeutenmanual zusammengefasst ist. Das Patientenschulungsprogramm ist schriftlich fixiert und sieht auch schriftliches, zielgruppenspezifisches Material für die Teilnehmenden sowie deren Eltern vor.

c) Konzeptqualität

Das Patientenschulungsprogramm muss insbesondere die Schnittstellen zu vor-, mit- und weiterbehandelnden Ärzte/Ärztinnen eindeutig beschreiben. Unabhängig von der Dauer eines Patientenschulungsprogramms ist durch die Einbindung in eine Behandlungskette mit einer Nachbeobachtung durch Ärzte/Ärztinnen über mindestens 3 Jahre nach Therapiebeginn eine Erfolgsbeurteilung nötig. Zur Erzielung einer Nachhaltigkeit der Behandlung wird bereits während der Maßnahme angestrebt, häusliche Strukturen einzubeziehen, die die Teilnehmer nach Ende der Maßnahme weiter unterstützen können (Vernetzung mit z.B. Angeboten der Gebietskörperschaften oder freier Träger der Jugend- und Sozialhilfe, Selbsthilfe-Initiativen, ambulante Nachsorge-Programme etc.). Im Fall der Schulung älterer Jugendlicher verfügt das Schulungsteam über ein Konzept und

Kompetenzen zur Transition, vgl. Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin (S3-Leitlinie zur Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin; https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-003I_S3_KF_Transition-junge-Menschen-mit-Adipositas-Paediatrie-Erwachsenenmedizin_2025-09.pdf). Das Patientenschulungsprogramm weist eine Kombination folgender fünf Bestandteile auf:

1. **Ernährung** (Wissensvermittlung, Beratung und praktische Übungen für Eltern/Bezugspersonen und Kinder/Jugendliche zur Ernährungsumstellung unter Berücksichtigung der DGE- und AGA-Empfehlungen).
2. **Bewegung** (Veränderung der Verhaltens- und Lebensgewohnheiten mit vermehrter Bewegung in Alltag und Freizeit).
3. **Verhaltenstherapeutische Elemente** (Beeinflussung des Ess- und Bewegungsverhaltens in Kombination mit Ernährungsumstellung und Steigerung der körperlichen Aktivität).
4. **Medizin** (Definition und Folgen der Adipositas, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten, Bestimmung klinischer, anthropometrischer und Laborparameter zu definierten Zeitpunkten; Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung, Stellenwert der bariatrischen Chirurgie).
5. **Einbindung der Eltern** bzw. der Bezugspersonen unter Berücksichtigung des Lebensalters des Kindes/Jugendlichen (Programme, die sich lediglich an Kinder richten und bei denen die Eltern in keiner Form eingebunden sind, werden als nicht zielführend bewertet).

d). Prozessqualität

Die Indikationsstellung zu einer Therapie ist durch den Facharzt/die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin zu stellen, der auch die Komorbidität der Adipositas zu erfassen hat. Strukturierte Patientenschulungsmaßnahmen sind für alle Patientinnen und Patienten mit Adipositas, Übergewicht mit Komorbiditäten oder mit rascher Gewichtszunahme (z.B. Anstieg des BMI-SDS um 0,2 innerhalb der letzten 6 Monate indiziert. Besteht eine andere schwerwiegende Erkrankung (z.B. im Rahmen einer syndromalen Erkrankung), muss individuell entschieden werden, ob ein Adipositas-Schulungsprogramm sinnvoll ist. Stärker individualisierte Konzepte, ggfs. kleinere Schulungsgruppen sowie variierte Inhalte sind bei Teilnahme von Patienten/Patientinnen mit folgendem Hintergrund erforderlich:

- Kinder/Jugendliche und ihre Familien bzw. Angehörigen ohne ausreichende Motivation für Verhaltensänderungen,
- Kinder/Jugendliche mit unzureichender Gruppenfähigkeit bzw. mit intellektuellen Handicaps,
- Adipositasformen, die auf einer syndromalen Erkrankung (z.B. Prader-Willi-Syndrom, Bardet-Biedl-Syndrom) sowie auf einer monogenetischen Adipositasform beruhen. Hier muss auch eine mögliche medikamentöse Therapie besprochen werden.
- Adipositas bei Jugendlichen mit Sprachbarrieren.

Besteht zusätzlich eine weitere behandlungsbedürftige Erkrankung (z.B. Essstörung, Depression), so muss dies im Behandlungskonzept berücksichtigt werden.

Die **Schulungsgruppen** sollten möglichst altershomogen zusammengesetzt sein. Der individuelle Fortschritt der Teilnehmer/Teilnehmerinnen in Bezug auf die angestrebte Verhaltensänderung ist zu berücksichtigen. Dazu muss für jede/n Teilnehmer/Teilnehmerin ein individueller Interventionsplan erstellt werden, der aufzeigt, welche Effekte der Schulung bis zu welchem Zeitpunkt aufgetreten sein sollten, damit die Schulung erfolgreich abgeschlossen werden kann (Zielvereinbarung, Festlegung von Teilzielen).

Zur **Einbindung der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes** sind nachstehende Schritte angezeigt:

- Indikationsstellung durch behandelnde Ärztin/Arzt (vor Schulungsbeginn),
- Abschlussbericht an behandelnde Ärztin/Arzt,
- Kontaktaufnahme mit behandelnde/r Ärztin/Arzt bei Problemen (Erfüllung von Abbruchkriterien, unregelmäßige Teilnahme).

Ernährung: Ziel ist die Vermittlung verständlicher, umsetzbarer und an den Zielgruppen orientierte Ernährungsempfehlungen. Diese kann ggf. an die individuelle Situation angepasst werden. Wird ein Ernährungsprotokoll geführt und das subjektive Ernährungsverhalten dokumentiert, kann dies die Präzisierung und Umsetzung der Ernährungsempfehlung erleichtern. Dies hat auch den Vorteil, dass mögliche Fehlentwicklungen wie z.B. einseitige Ernährung und Hinweise auf mögliche Nährstoffdefizite erkannt werden können. Die Ernährung sollte in den Grundzügen dem entsprechenden Kapitel der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter bzw. den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entsprechen.

Bewegung: Ausreichende körperliche Aktivität ist in einem Patientenschulungsprogramm unerlässlich, um zum Erfolg zu kommen. Die Beeinflussung des Bewegungsverhaltens soll nicht ausschließlich in strukturierten, vorgehaltenen Trainings- bzw. Sportstunden erfolgen. Ziel muss eine Veränderung von Lebensgewohnheiten und Bewegungsverhalten in Alltag und Freizeit sein.

Verhaltensmodifikation: Eine Implementierung dieser geänderten Verhaltensweisen in den Alltag erfordert neben theoretischer und praktischer Vermittlung von Wissen und Anregungen zu Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung den überwiegenden Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden in allen Programmbausteinen.

Einbindung der Eltern/ Bezugspersonen: Es ist wissenschaftlich belegt, dass die Familie die Bewegungs- und Essgewohnheiten von Kindern, gerade auch im frühen Alter, prägt und nachhaltig beeinflusst. Je jünger die Kinder sind, desto stärker sind sie dabei von den Entscheidungen der Eltern abhängig. Daher kommt den Eltern eine wichtige Vorbildfunktion zu. Mit zunehmendem Alter der Kinder spielen vermehrt auch andere Einflüsse eine Rolle wie Freundinnen bzw. Freunde und Medien. Die Einbindung der Eltern und anderer Familienangehöriger ist je nach Altersgruppe zu differenzieren:

- Bei Kindern ist eine umfassende Einbindung der Eltern und der die Kinder betreuenden Personen zu fordern. Eltern jüngerer Kinder sollen verstehen, dass ihnen die zentrale Rolle in der Etablierung und Aufrechterhaltung veränderten Verhaltens der Kinder zukommt. Sie sollen darin geschult werden, die förderlichen Bedingungen für das Lernen der Kinder herzustellen und die Kinder langfristig zu motivieren.
- Bei Jugendlichen müssen die Eltern über die Ziele und Inhalte des Programms informiert und angeleitet werden, ihre Kinder im Erreichen der Schulungsziele zu unterstützen. Sie sollen jedoch nicht kontinuierlich gemeinsam mit den Jugendlichen am Programm teilnehmen.

e) Ergebnisqualität

Verpflichtend müssen Angaben über die Teilnehmendenzahlen, Drop outs und Programmintensität sowie anthropometrischen Daten (BMI-SDS) gemacht werden. Zusätzlich erhebt und dokumentiert die Einrichtung mindestens einen weiteren relevanten Ergebnisparameter aus einem der folgenden Bereiche:

- körperliche Fitness, körperliche Aktivität oder körperliche Inaktivität (Medienkonsum)
- Körperzusammensetzung
- Ess- oder Ernährungsverhalten
- Lebensqualität
- psychische beziehungsweise psychologische Komorbiditäten.

Wünschenswert sind neben Ein- und Ausgangsdaten auch Katamnesedaten von bis zu

drei Jahren. Als Grundlage der Ergebnisauswertung ist die regelmäßige Teilnahme am APV-Benchmarking verpflichtend.

f) Weitere Kriterien einer Zertifizierung

- Liegen zwölf Monate nach Antragseinreichung die Antragsunterlagen nicht komplett vor bzw. wurde in diesem Zeitraum Nachforderungen nicht zeitgerecht nachgekommen, so gilt der Antrag als abgelehnt. Er ist dann vollständig neu zu stellen.

Die Gebühr des ursprünglichen Antrags wird nicht zurückerstattet.

- Die zertifizierte Therapieeinrichtung hat rechtzeitig zum Ablauf des Zertifikates einen Antrag auf Rezertifizierung zu stellen. Wird eine Rezertifizierung später als zwölf Monate nach Ablauf der Gültigkeit des Zertifikates beantragt, wird dies als neuer Erstantrag mit entsprechender Gebührenhöhe behandelt.
- Eine zertifizierte Einrichtung hat dafür zu sorgen, mindestens einen zertifizierten Trainer/Trainerinnen zu beschäftigen. Im Falle einer Kündigung oder dem Austritt eines Trainers/einer Trainerin aus der DAG, hat die Einrichtung maximal zwölf Monate Zeit, um für Ersatz zu sorgen, und dies der Zertifizierungskommission anzuzeigen. Anderenfalls wird das Zertifikat der Therapieeinrichtung nach diesen zwölf Monaten ungültig, unabhängig vom zertifizierten Gültigkeitsdatum.

Die Therapieeinrichtung erhält von der AGA für den Zeitraum der Zertifizierung das Recht, das Logo der AGA mit dem Zusatz „AGA-zertifizierte Therapieeinrichtung“ zu verwenden.