



## Antrag auf Anerkennung als Lymphologische physiotherapeutische Schwerpunktpraxis (LPS) nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie e. V. (DGL)

Grundlage für die Anerkennung als LPS sind die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie e. V., nachzulesen auf: [https://www.dglymph.de/fileadmin/global/pdfs/LPS\\_letzte\\_Fassung.pdf](https://www.dglymph.de/fileadmin/global/pdfs/LPS_letzte_Fassung.pdf)  
Die Anerkennung zur LPS erfolgt für drei Jahre (maßgebend ist das Datum der Anerkennung). Um die Anerkennung zu verlängern muss der Antragsteller die notwendigen Unterlagen unaufgefordert und fristgerecht zusenden. Bei Nichteinhaltung wird die Anerkennung automatisch entzogen und der Eintrag auf der Liste „Lymphologische physiotherapeutische Schwerpunktpraxis (LPS) nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie e. V. (DGL) gelöscht.  
Diese Liste wird auf der Website der DGL ([www.dglymph.de](http://www.dglymph.de)) veröffentlicht.

### **Einzureichende Unterlagen:**

1. Nachweis der Zulassung nach § 124 SGB V durch die Kostenträger (VDAK/RVO) als Physiotherapie- oder Massagepraxis, oder die Zulassung als private Physiotherapie-/ Massagepraxis
2. Zulassung zur Abrechnung für Manuelle Lymphdrainage mit den Kostenträgern
3. Hygieneplan
4. Patientenzahlen (Anzahl durchgeführte MLD, LKV)
5. Nachweis über die regelmäßige Mitarbeit in einem Qualitätszirkel in einem bestehenden Lymphnetzwerk o.ä.
6. Anzahl der tätigen Lymphtherapeuten (Arbeitszeit / Arbeitswoche) in der LPS
7. Nachweis einer mindestens einjährigen Vollzeittätigkeit in einer lymphologischen Fachklinik, der lymphologischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder einer anerkannten ambulanten lymphologischen physiotherapeutischen Schwerpunktpraxis jedes Therapeuten
8. Fortbildungs- und Kongressbescheinigungen jedes Therapeuten der letzten drei Jahre (zwei Fortbildungen pro Jahr und Therapeut werden gefordert)
9. Nachweis der internen Praxisteambesprechung (Teilnehmer, Dauer, ...)
10. Nachweis über das Qualitätsmanagement
  - Dokumentationsbögen, Patientenfragebögen, Behandlungskonzepte, ...
  - schriftliche Standardisierung des Messverfahren( Ausgangsstellung, Messmethode, Fehleranalyse)
  - schriftliche Standardisierung der Fotodokumentation
11. Nachweis über die Zusammenarbeit mit lokalen Selbsthilfegruppen
12. Nachweis über durchgeführte Patientenseminare 13. Zusammenstellung der Patienteninformationen/ -broschüren
14. wenn nötig: Dokumentation der Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall

## Angaben zur Praxis

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Praxisinhaber: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

homepage: \_\_\_\_\_

Anzahl der MLD-  
Therapeuten: \_\_\_\_\_

Anzahl der MLD  
pro Jahr: \_\_\_\_\_

Anzahl der LKV  
pro Jahr: \_\_\_\_\_

Zusammenarbeit  
mit LKB-Versorger: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Praxisinhaber/Antragsteller - (bei mehreren Praxisinhabern - Angaben auf gesonderten Blatt)

Zertifikat MLD/KPE  
ausgestellt am/von: \_\_\_\_\_

Berufserfahrung/Werdegang  
(in Stichworten): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nachweis lymphologischer  
Schwerpunktarbeit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anzahl/Nachweis der Lymph-  
Fortbildung der letzten 3 Jahre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qualitätszirkel, Lymphnetzwerk: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxisstempel

## Angaben zu den Therapeuten

(mit der Abrechnungsberechtigung der Manuellen Lymphdrainage gegenüber den Kostenträgern; für jeden Therapeuten einzeln)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Zertifikat MLD/KPE  
ausgestellt am/von: \_\_\_\_\_

Berufserfahrung/Werdegang  
(in Stichworten): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nachweis lymphologischer  
Schwerpunktarbeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeitszeit in der LPS/Woche: \_\_\_\_\_

Anzahl/Nachweis der Lymph-  
Fortbildung der letzten 3 Jahre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber

Stempel