

Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)

Jahresbericht 2021

Patienteninformation



## Sehr verehrte Leserinnen und Leser,

vor einem Jahr haben wir unsere erste Patienteninformation veröffentlicht. Wir haben daraufhin sehr viele positive Reaktionen erhalten. Diese Resonanz ist Ansporn und Anspruch für uns zugleich. Denn Ziel ist es, zentrale Ergebnisse unseres Jahresberichts für Sie in einer patientenorientierten Form – leicht zugänglich und dennoch informativ – aufzubereiten und über die Arbeit des Endoprothesenregisters Deutschland zu informieren.

Der Grund: Obwohl Millionen von Menschen hierzulande mit einem künstlichen Gelenk leben, wissen wir insgesamt noch zu wenig über die Langlebigkeit eines Implantats und die Gründe für einen Wechsel. Das Endoprothesenregister Deutschland wurde deswegen ins Leben gerufen, um diese Wissenslücken zu schließen. Als wissenschaftliche Einrichtung sammelt und analysiert es seit 2012 Operationsdaten der Krankenhäuser, Daten der Krankenkassen und der Implantathersteller. Durch die Auswertung dieser Daten lassen sich wertvolle Informationen gewin-

nen, die für Ihre Versorgung mit einem künstlichen Gelenk von großer Bedeutung sind.

Wie überall auf der Welt hat sich das Sars-CoV-2 Virus auch auf unsere Arbeit ausgewirkt. Aufgrund der Pandemie wurden viele planbare Eingriffe in den Krankenhäusern verschoben, so auch das Einsetzen von Knie- und Hüftendoprothesen. 2020 standen uns Daten aus 290.420 Operationen zur Verfügung; 2019 waren es noch mehr als 315.000. Dies entspricht einem Rückgang von zirka neun Prozent bei den Ersteingriffen und rund sieben Prozent bei den Revisionen.

Trotz des pandemiebedingten Rückgangs an Daten konnten wir auch für den Jahresbericht 2021 wieder wichtige Erkenntnisse aus der endoprothetischen Versorgung von Hüft- und Knieimplantaten gewinnen. Sie haben Eingang in die aktualisierte Neuauflage unserer Patienteninformation 2021 gefunden. Die Broschüre soll Ihnen helfen, gemeinsam mit Ihrem Arzt, informierte Entscheidungen zu treffen.

Der besseren Lesbarkeit wegen verzichten wir in den Texten auf geschlechtsspezifische Formulierungen. In allen Fällen sind männliche, weibliche, diverse Personen gleichermaßen gemeint.



### **bleiben Sie mobil!**

Ihr,  
Dr. med. Andreas Hey  
Geschäftsführer  
EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH

# Was Daten verraten!

Das Endoprothesenregister Deutschland wertet seit neun Jahren Daten zur endoprothetischen Versorgung aus. Mit Stand Ende 2020 bilden mehr als 1,6 Millionen Datensätze die Grundlage.

## Ein paar Ergebnisse auf den ersten Blick!



Nicht die paar Kilos zu viel auf der Waage, aber starkes Übergewicht, also ein **BMI von >35**, erhöht ebenfalls das Risiko für eine Wechseloperation.



Das **Risiko einer Wechseloperation** ist **tendenziell geringer**, wenn die Erstimplantation in einem **Krankenhaus** erfolgt, das **viele solcher endoprothetischen Operationen** durchführt.



**Vorerkrankungen** wie Diabetes oder Depressionen können das Risiko einer Wechseloperation erhöhen.

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal beim endoprothetischen Hüft- und Kniegelenksersatz ist die Haltbarkeit im menschlichen Körper. Ein Ziel des EPRD ist es, diese nachzuverfolgen und darzustellen.

# Häufige Fragen und Antworten

## Wann ist es sinnvoll, ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk einzusetzen?

Bevor ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk in Erwägung gezogen wird, sollten folgende **Hauptkriterien** erfüllt sein:

- Die **Schmerzen** in der Hüfte beziehungsweise im Knie müssen **mindestens seit drei bis sechs Monaten** bestehen.
- Die Schmerzen treten **entweder dauerhaft** – beispielsweise dauerhafter Ruhe-/Nachtschmerz – oder **mehrfach wöchentlich** auf beispielsweise bei Belastung.
- Die Schmerzen sind **durch eine konservative Therapie nicht zu beheben**.
- Die **Schädigung** des Hüft- oder Kniegelenks muss im **Röntgenbild eindeutig sichtbar** sein.
- Die **Bewegungsfähigkeit** der Patienten ist **stark eingeschränkt** und der individuelle **Leidensdruck ist sehr hoch**.
- Die Schmerzen sind so stark, dass **mehrmals in der Woche Schmerzmittel** eingenommen werden müssen.

Wenn Sie **mindestens drei dieser Kriterien** mit „ja“ beantworten, könnte ein Implantat eine sinnvolle Therapieoption für Sie darstellen. Bei Kniegelenksimplantationen haben Sie zudem Anspruch auf eine Zweitmeinung.

## Wie finde ich eine gute Klinik und einen erfahrenen Operateur?

Mehr als 1.200 Kliniken in Deutschland bieten Hüft- und Kniegelenksimplantationen an. In der Fachwelt ist mittlerweile unumstritten: **Je mehr Erfahrung der Operateur hat, umso besser das Operationsergebnis** – auch wenn Ausnahmen gelegentlich die Regel bestätigen. Für **Kniegelenksimplantationen** hat der Gesetzgeber eine **Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Klinik und Jahr** vorgegeben. Für Hüftgelenksimplantationen gibt es einen solchen Richtwert nicht.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie hat deswegen mit **EndoCert** eine **Qualitätsinitiative** ins Leben gerufen, die deutlich über die Vorgaben des Gesetzgebers hinausgeht. Kliniken, die **EndoCert**-zertifiziert sind, müssen bis zu 100 Eingriffe pro leitendem Operateur und pro Jahr nachweisen. Darüber hinaus erhalten Kliniken, die ihre Daten dem Endoprothesenregister Deutschland zur Verfügung stellen, detaillierte Auswertungen zu ihrer Versorgungsqualität in der Hüft- und Knieendoprothetik. Fragen Sie also nach **EndoCert**-zertifizierten Kliniken und Zentren sowie Krankenhäusern, die mit dem Endoprothesenregister Deutschland zusammenarbeiten.

**Nähere Informationen zu Ihrer Kliniksuche finden Sie auf Seite 18.**

# Häufige Fragen und Antworten

## Wie läuft die Operation ab?



Mittlerweile ist es möglich, **künstliche Hüftgelenke** mittels minimalinvasiver Verfahren einzusetzen. Durch diese Methode wird das tieferliegende Gewebe geschont, müssen keine Muskeln und Sehnen durchtrennt werden und der Blutverlust kann begrenzt werden. Durch diese Operationsmethode kommt der Patient meist schneller wieder in die Bewegung und auch die Gefahr, dass der Hüftkopf aus der Pfanne kugelt wird so minimiert.



Bei der **Implantation eines Kniegelenks** kommt es darauf an, ob eine Teil- oder eine Totalendoprothese eingesetzt wird. Eine Teilendoprothese erfordert in der Regel einen kürzeren Schnitt – zwischen sechs und zehn Zentimeter. Wird eine Knieendoprothese implantiert, muss die Knieöffnung etwas weiter erfolgen.

Die Operation zum Einsetzen eines künstlichen Hüft- bzw. Kniegelenks **dauert zwischen einer und eineinhalb Stunden**.

## Wie lange falle ich aus?

Jeder Patient und jede Patientin sind individuell zu betrachten. Insofern können **nur ungefähre Angaben** gemacht werden.



Der **Klinikaufenthalt** nach dem Einbau einer **Hüftendoprothese** beträgt in der Regel **zwischen fünf und zehn Tagen**. Danach schließt sich eine stationäre oder ambulante Rehabilitation an. Meist im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt, spätestens jedoch zwei Wochen danach.



Bei dem Einsatz einer **Knieendoprothese** dauert der **stationäre Aufenthalt zirka sieben Tage**. In der Regel schließt sich eine dreiwöchige stationäre Rehabilitation in einer spezialisierten Klinik an. Bei jungen, sehr aktiven Menschen kommt auch eine ambulante Rehabilitation in Betracht.

## Wie lange brauche ich Gehhilfen?



Ohne Gehhilfe geht es nach einer **hüftendoprothetischen Operation** nicht. Wie lange diese notwendig ist, hängt vom allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten ab. **Spätestens nach sechs Wochen kann jedoch auf sie verzichtet werden**.



Nach dem Einsetzen einer **Knieendoprothese** benötigt der Patient beziehungsweise die Patientin **zirka zwei Wochen eine Gehhilfe**. Theoretisch wäre das Implantat sofort belastbar. Die Gehhilfen sind dazu da, damit die Wunde am Knie gut verheilen kann.

## Wie lange hält das Implantat?

Die Lebensdauer des künstlichen Gelenks ist die zentrale Frage für Patienten, die sich für eine Endoprothese entscheiden.



In der Regel halten über **90 Prozent** der Implantate **mindestens 10 Jahre**. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht mittlerweile **immer häufiger eine Haltbarkeit bis zu 20 oder sogar 25 Jahren**. Genaue Zahlen zur Haltbarkeit der Implantate gibt es noch nicht.



Allerdings zeigen Auswertungen des Endoprothesenregisters Deutschland: **Ob und wann ein Wechsel notwendig wird, hängt von vielen Faktoren ab**.

**Die häufigsten Wechselgründe finden Sie auf Seite 14**. Es spielen aber beispielsweise auch Vorerkrankungen der Patienten eine Rolle oder wie stark das Implantat beansprucht wird.

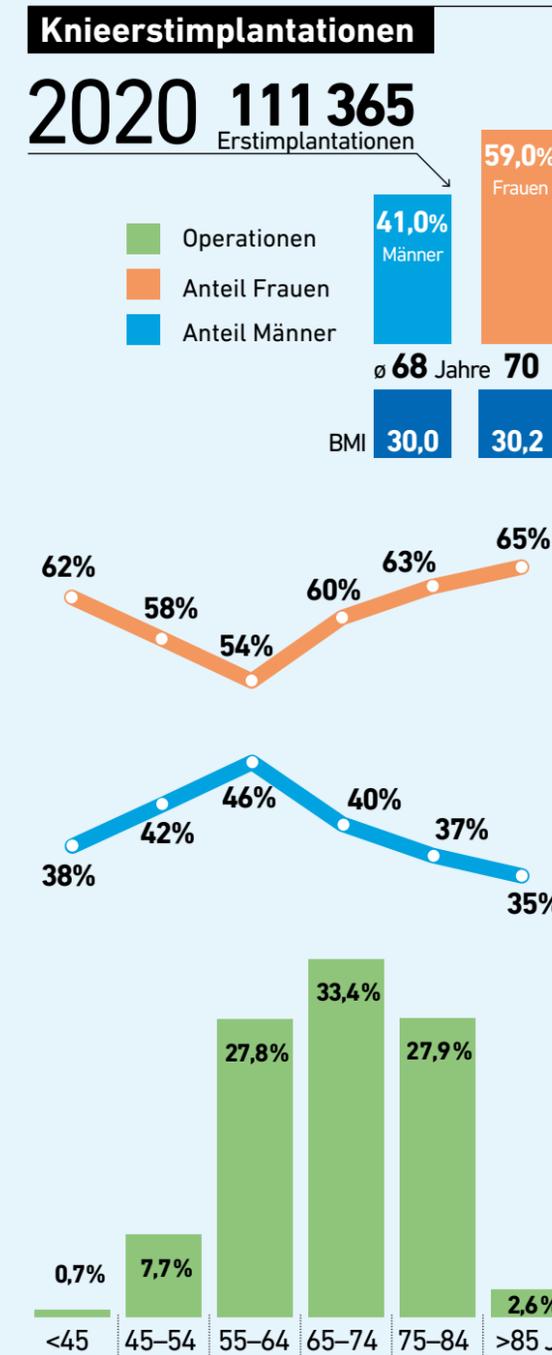
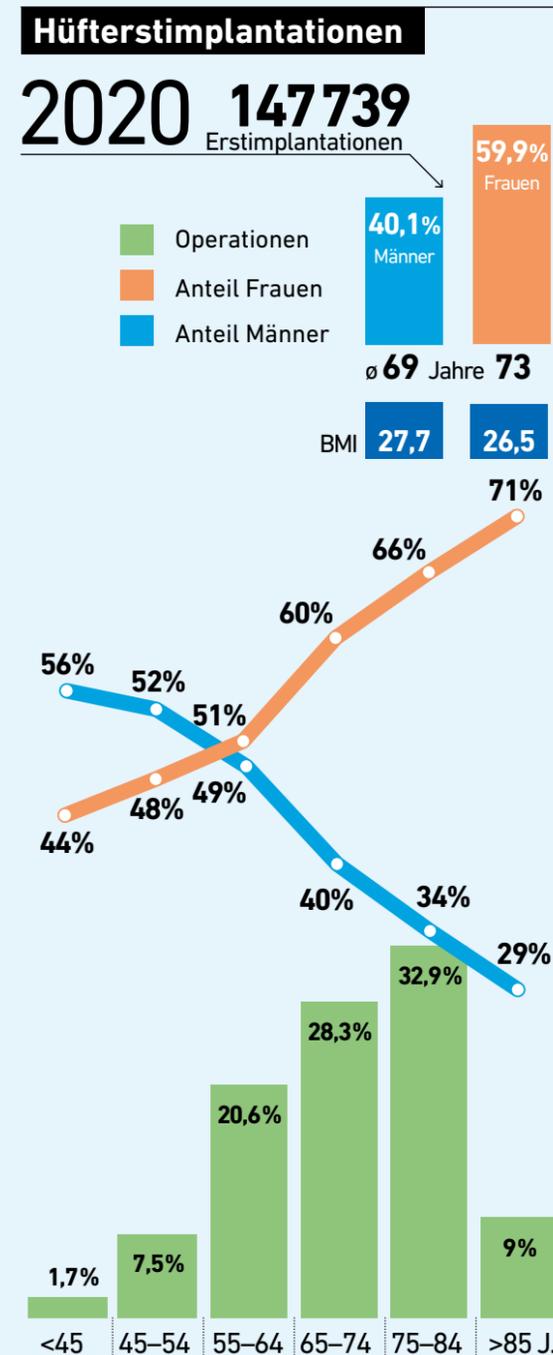
# Einflussfaktoren künstliches Gelenk: Alter, Geschlecht, Gewicht

Die Implantation von Knie- und Hüftendoprothesen zählt zu den großen Erfolgen der modernen Medizin und obwohl diese Operationen in hoher Anzahl durchgeführt werden, können Komplikationen und Spätfolgen nie ganz ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund kommt ein künstliches Gelenk immer auch nur dann in Frage, wenn konservative Heilmethoden, also medikamentöse Therapien, Physiotherapie und/oder auch Gewichtsabnahme ausgeschöpft sind.

Fakt ist aber auch: Wir werden immer älter! Der Gelenkverschleiß gehört eindeutig zu den altersbedingten Erkrankungen, die einen Gelenkersatz erforderlich machen können. So zählen Arthrose und Rheuma zu den häufigsten Grunderkrankungen für ein künstliches Gelenk.

Ob und wann eine neue Hüfte oder ein neues Knie notwendig werden, ist also auch eine Frage des Alters. Rund 60 Prozent der Erstimplantationen von Knie- und Hüftgelenken gehen auf Frauen zurück. Während der Anteil der Hüfterstimplantationen bei Männern ab dem Alter zwischen 55 und 64 Jahren stetig abnimmt, ist bei den Frauen der gegenläufige Trend zu beobachten.

Von den über 85-Jährigen, denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wird, sind 70 Prozent Frauen und nur 30 Prozent Männer. In diesen Zahlen spiegelt sich auch die längere Lebenserwartung der Frauen wider.



Bei der Erstimplantation von Knieendoprothesen zeigt sich ein ähnliches Bild: Wie auch bei den Hüften bekommen mehr Frauen als Männer eine Knieprothese. Das Verhältnis ist ebenfalls 60:40. In der Altersgruppe älter als 85 Jahre erhalten noch fast doppelt so viele Frauen ein Knieimplantat als Männer – auch bei dieser Zahl dürfte sich die längere Lebenserwartung der Frauen niederschlagen.

Die Daten belegen auch einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Höhe des Körpergewichts der Patienten und der Notwendigkeit eines künstlichen Gelenks. Der Body Mass Index (BMI) eines Normalgewichtigen bewegt sich zwischen 18,5 und 24,9. Frauen und Männer, die erstmalig ein Hüftimplantat erhalten, weisen im Schnitt einen BMI von 27 auf. Einen noch höheren BMI haben Patienten, die ein Knieimplantat benötigen: Er liegt bei durchschnittlich 30 und beschreibt laut Weltgesundheitsorganisation einen adipösen Patienten. Etwa die Hälfte aller Patienten, die erstmalig ein Knieimplantat erhalten, sind laut dieser Definition adipös. Diese Zahlen untermauern also den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Abnutzungserscheinungen am Kniegelenk.

Insgesamt beeinflussen Vorerkrankungen den Behandlungserfolg in hohem Maße. Patienten mit fünf oder mehr Begleiterkrankungen haben ein höheres Risiko, dass ihr Kunstgelenk oder Teile davon in einer Wechseloperation ausgetauscht werden müssen.

# Ihre erste Hüftgelenksimplantation – was Sie wissen sollten!

Das Hüftgelenk ist nach dem Kniegelenk das zweitgrößte im menschlichen Körper. Es stellt die Verbindung des Beckens mit dem Oberschenkel dar. Im Hüftgelenk erfolgen die Bewegungen der Beine gegenüber dem Becken, ohne die Laufen, Springen, Hüpfen, Sitzen und viele weitere Bewegungen nicht möglich wären. Wie das Schultergelenk ist das Hüftgelenk ein Kugelgelenk, das sich um drei Hauptachsen drehen lässt.

All diese Funktionen wird Ihr neues Kunstgelenk übernehmen. Es besteht in der Regel aus drei bis vier Teilen: einem Schaft, der im Oberschenkelknochen verankert wird, einem Kopf, der auf den Schaft aufgesteckt wird und den natürlichen Hüftkopf ersetzt, einer halbkugelförmigen Pfanne, die in die natürliche Hüftpfanne eingesetzt wird sowie einem Pfanneneinsatz, der den Prothesenkopf aufnimmt.

In mehr als **88 Prozent** aller Hüfterstimplantationen wird eine **Totalendoprothese** eingesetzt. Im Jahr 2020 wurden insgesamt 147.739 Erstimplantationen einer Hüftendoprothese durchgeführt. Weit seltener kommt die Hemiendoprothese – also eine **Teilendoprothese** – zum Einsatz. Sie wird nur **in etwa zwölf Prozent** aller Operationen – vor allem bei Schenkelhalsbrüchen – benutzt.

Wie aber halten die Prothesen im menschlichen Körper? Rund 78 Prozent aller Hüfttotalendoprothesen werden unzementiert implantiert. Zementiert werden nur rund vier Prozent. Der Rest sind sogenannte teilzementierte Versorgung, wobei eine Komponente – meist der Schaft – zementiert wird und die andere Komponente unzementiert verankert wird. Bei Hüftteilendoprothesen stellt sich die Verteilung genau umgekehrt dar: Etwa 87 Prozent der Prothesen werden zementiert und mehr als 13 Prozent ohne Zement eingesetzt.

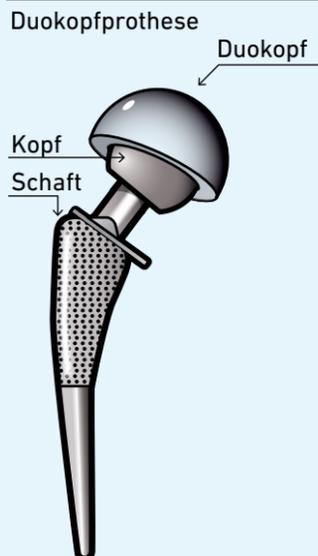
Deutliche Unterschiede zeigen sich auch beim Einsatz der Schafttypen: Zu rund 86 Prozent werden Hüftschaften mit Modulkopf verwendet und zu rund elf Prozent Kurzschäfte. Letztere bekommen insbesondere jüngere Patienten, weil die Implantation bei Kurzschäften knochensparender erfolgen kann. Denn es ist davon auszugehen, dass ein jüngerer Mensch im Laufe seines Lebens mit einer weiteren Prothese versorgt werden muss.

Am häufigsten werden **Modulköpfe** benutzt – **in 88 Prozent** aller Erstingriffe von Hüfttotalendoprothesen. Sie zeichnen sich dadurch aus, den Pfanneneinsatz nach Material und Form auszuwählen und im Bedarfsfall auch auswechseln zu können.

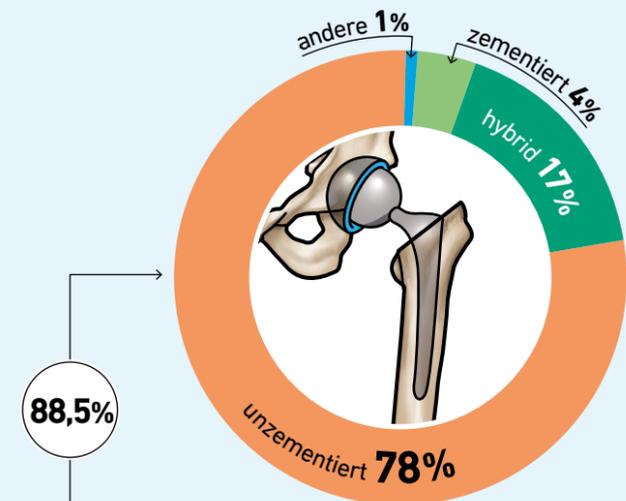
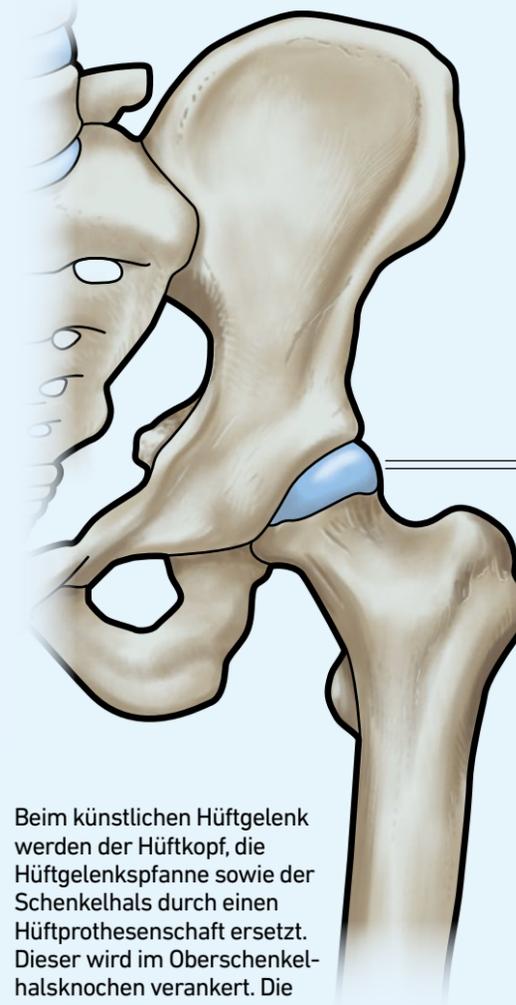
## Hüfttotalendoprothese



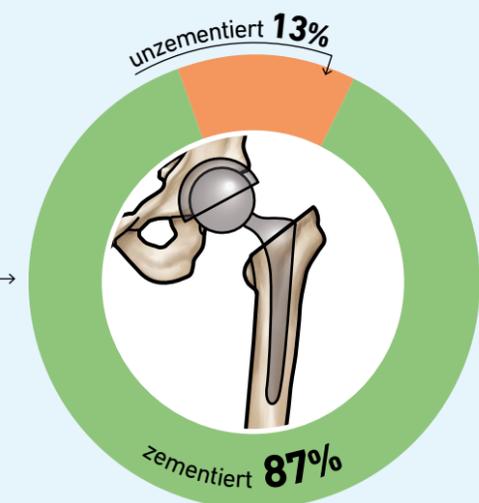
## Teilendoprothese



## Hüftendoprothesen



## Hüfttotalendoprothese



## Teilendoprothese

Beim künstlichen Hüftgelenk werden der Hüftkopf, die Hüftgelenkspfanne sowie der Schenkelhals durch einen Hüftprothesenschaft ersetzt. Dieser wird im Oberschenkelhalsknochen verankert. Die einzelnen Prothesenteile können auf unterschiedliche Weise im Körper fixiert werden.

## Was Daten verraten!

Patienten ab dem 75. Lebensjahr profitieren bei einer Hüfterstimplantation von einer Schaftzementierung. Das Implantat sitzt stabiler und das Risiko eines Austauschs ist deutlich reduziert.

Bei den Kopfgrößen der Modulköpfe werden bei den vom EPRD erfassten Implantationen die Größen 28, 32, 36 Millimeter am meisten verwendet. Wobei 36-mm-Köpfe – in 41 Prozent aller Erstimplantationen – am häufigsten verwendet werden.

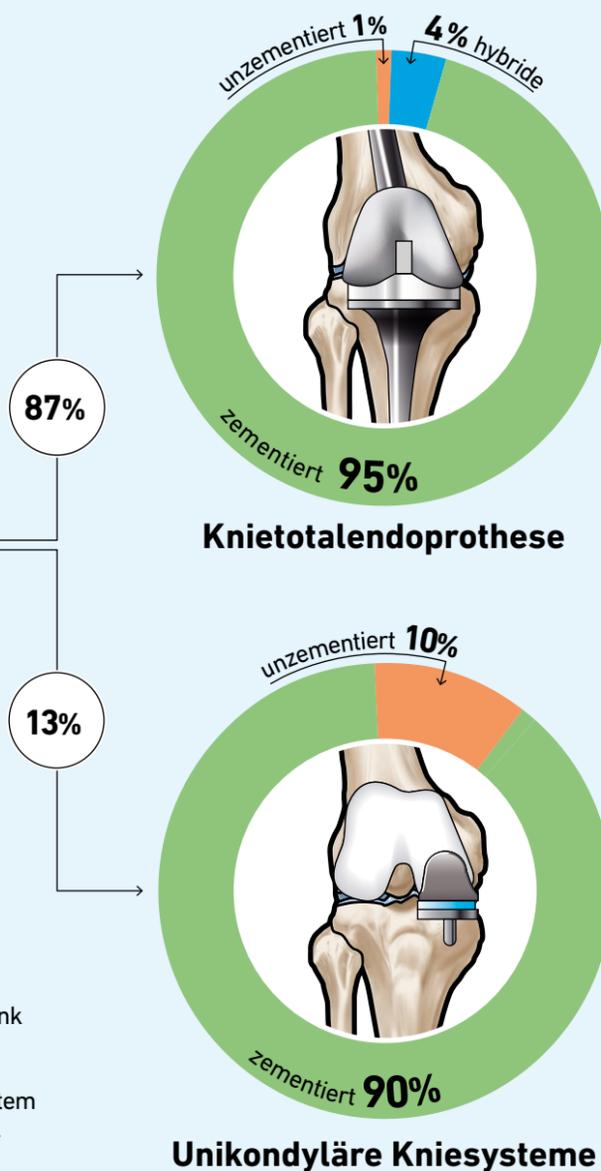
Bei den Materialien zeichnet sich ein Trend hin zu Keramikköpfen bei den Hüfttotalendoprothesen ab. Sie werden in 89 Prozent aller Hüfterstimplantationen eingesetzt.

# Ihre erste Kniegelenksimplantation – was Sie wissen sollten!

Das Kniegelenk ist das größte und komplizierteste Gelenk in unserem Körper. Es verbindet den Oberschenkelknochen und das Schienbein. Bei gebeugtem Knie sind wir in

der Lage, den Unterschenkel zu kreisen. Es leistet also Erstaunliches und ist tagtäglich besonderen Belastungen ausgesetzt. Es trägt unser Körpergewicht, wenn wir stehen

## Knieendoprothesen



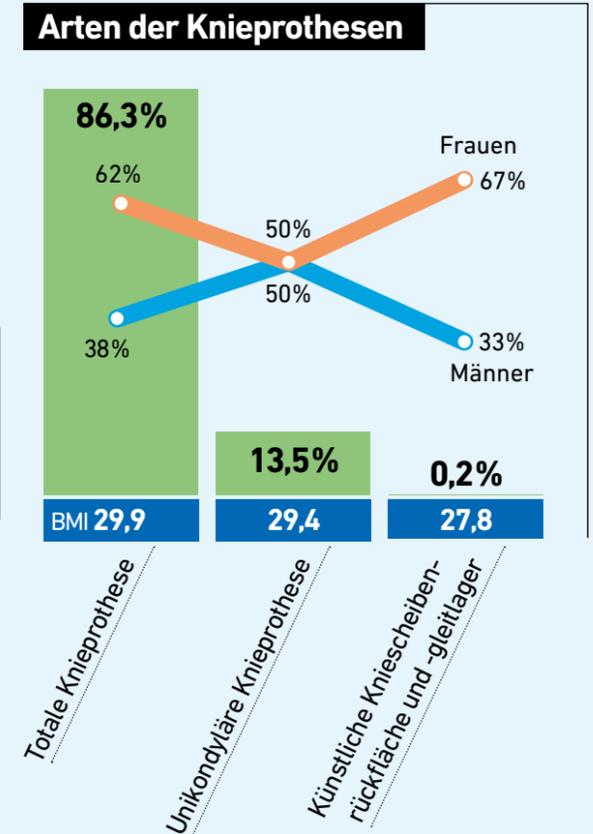
Eine Knie totalendoprothese ersetzt das Kniegelenk ganz, auch wenn dabei in den meisten Fällen die Kniescheibenrückfläche nicht gleichzeitig mit ersetzt werden muss. Ein unikondyläres Kniesystem ist ein halbseitiger Gelenkersatz, der in der Regel auf der Knieinnenseite implantiert wird.

und gehen und ist damit – je nach persönlichem Bewegungsprofil – besonders häufig beansprucht. Es wird von Bändern und Muskeln außen und innen stabilisiert – Streckungen und Beugungen sind auf diese Weise mit den verschiedenen Gelenkflächen möglich. Weil das Knie so viel leisten muss, treten Probleme am Kniegelenk besonders oft auf.

Für das künstliche Kniegelenk stehen vorwiegend zwei verschiedene Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung: zum einen eine **Totalendoprothese** oder zum anderen eine sogenannte **unikondyläre Knieprothese**.

Mit rund 87 Prozent überwiegen die Totalendoprothesen in der Versorgung. Die unikondylären Systeme, bei denen nur ein Teil des Kniegelenks ersetzt wird, nehmen langsam zu und machen inzwischen knapp 13 Prozent der endoprothetischen Eingriffe am Knie aus. Bei der Befestigung werden Knie totalendoprothesen in 95 Prozent der Fälle zementiert. Den Rest bilden vor allem teilzementierte Versorgungen, wobei die unterschenkelseitige Komponente zementiert und die Oberschenkelseitige Komponente unzementiert verankert wird.

Dabei weisen Patienten mit unikondylären Knieprothesen ein niedrigeres Infektionsrisiko als Patienten mit Knie totalendoprothesen auf. Ein statistisch auffälliger Zusammenhang zeigt sich bei Männern, die ein künstliches Kniegelenk erhalten. Sie tragen ein deutlich höheres Risiko für eine postoperative Infektion als Frauen. Dies kann nur begrenzt mit dem größeren Implantat erklärt werden. Wahrscheinlicher sind immunologische Gründe dafür.



## Was Daten verraten!

Männer tragen ein deutlich erhöhtes Infektionsrisiko sowohl bei der Erstimplantation einer Knieendoprothese wie auch bei einem Folgeeingriff.



# Folgeeingriffe – und warum es dazu kommt



Ob eine endoprothetische Operation erfolgreich ist oder auch nicht, hängt von drei Faktoren ab: dem Krankenhaus beziehungsweise dem Operateur, dem Patienten und dem Implantat. Studien belegen, dass der weitaus überwiegende Teil der Patienten nach einer Implantation mit seinem neuen Gelenk zufrieden bis sehr zufrieden ist und wieder ein zu meist uneingeschränktes Leben führen kann.

Dennoch kommt es immer wieder zu Folgeeingriffen. 2020 war dies bei Hüftgelenken in 17.212 der vom EPRD erfassten Operationen der Fall und in 13.767 Operationen am Knie. Die mit Abstand häufigste Ursache für eine Folgeoperation in 2020 ist die Lockerung des Implantats – dies macht bei der Hüfte fast 25 Prozent der Fälle aus, beim Knie sind es noch 23 Prozent.

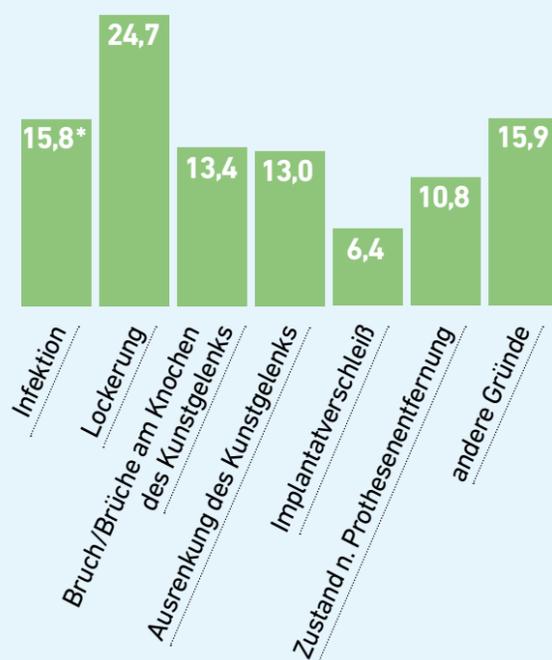
## Was Daten verraten!

Bei fast jedem zweiten Folgeeingriff in der Knieversorgung muss das Implantat vollständig ausgewechselt werden.

Die Gründe warum ein Implantat sich lockert, sind vielfältig. Sie können mit dem Operationsergebnis zusammenhängen, aber auch eine starke Überbeanspruchung durch den Patienten kann dazu führen. Als zweithäufigster Grund für Folgeoperationen sind Infektionen zu nennen. Mit einem Anteil von fast 16 Prozent betreffen sie Hüften und Knie mit 15 Prozent. Ein Implantatverschleiß ist bei Hüftendoprothesen noch in sechs Prozent der Fälle ursächlich und bei Knieendoprothesen in fünf Prozent der Fälle.

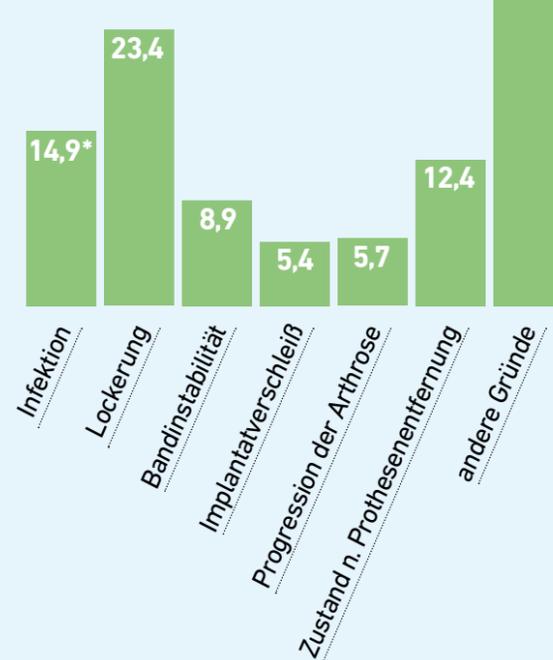
### Gründe für Folgeeingriffe Hüfte (2020)

\* in Prozent



### Gründe für Folgeeingriffe Knie (2020)

\* in Prozent



## Das Endoprothesenregister Deutschland stellt sich vor

Das Endoprothesenregister Deutschland ist ein nicht-staatliches, medizinisches Register – das zweitgrößte in Europa. Es wurde 2010 auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC), gemeinsam mit dem AOK Bundesverband GbR, dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) sowie dem Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) gegründet.

Die das EPRD betreibende EPRD gGmbH ist eine hundertprozentige Tochter der DGOOC. Das EPRD finanziert sich über die an der Datensammlung teilnehmenden Kliniken sowie

über Mittel der beteiligten Krankenkassen und Implantathersteller.

Ziel des EPRD ist es, die Qualität in der endoprothetischen Versorgung bei Hüft- und Kniegelenksimplantationen in Deutschland zu messen und darzustellen.

Internationale Studien belegen: Durch eine kontinuierliche Qualitätsmessung wird die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern und damit die Patientensicherheit nachweislich gesteigert und es kommt zu weniger Wechseloperationen.

## Wie arbeitet das Endoprothesenregister Deutschland?

In Deutschland bieten mehr als 1.200 Kliniken Hüft- und Kniegelenksimplantationen an. Etwa 750 von ihnen arbeiten mit dem Endoprothesenregister Deutschland zusammen und übermitteln ihre Operationsdaten an das EPRD. Selbstverständlich nur, wenn der Patient zuvor seine Einwilligung gegeben hat.

Die Datenübermittlung der Krankenhäuser an das EPRD ist freiwillig. Deswegen wird derzeit rund 70 Prozent der endoprothetischen Versorgung durch das EPRD erfasst und ausgewertet.

Damit ist es dem EPRD – seit dem operativen Start Ende des Jahres 2012 – gelungen, rasch eine aussagekräftige Datenbasis zu etablieren. Ende Oktober 2021 beträgt die Zahl der Datensätze, auf die das EPRD zurückgreifen kann, mehr als 1,9 Millionen.

Neben den Operationsdaten sind die Abrechnungsdaten der Krankenkassen eine zweite wichtige Datenquelle. Auch diese Daten fließen nur mit einer Einverständnis-

erklärung des Patienten. Die Daten der Krankenkassen sind insbesondere auch wichtig, um Wechseloperationen, die in einem anderen Haus erbracht werden, nachzuvollziehen. Daneben speisen die Implantathersteller detaillierte Informationen zu den Produkteigenschaften und Funktionalitäten ihrer Endoprothesen und Komponenten in eine mehr als 65.000 Einzelartikel umfassende Produktdatenbank ein, die in ihrer Granularität der Klassifikationsmerkmale weltweit einzigartig ist.

Ein Kernelement der Arbeit des EPRD sind die Auswertungen für die Krankenhäuser. Diese erhalten drei Mal im Jahr Berichte zu ihrer endoprothetischen Versorgung. Die Berichte liefern den Kliniken wertvolle Hinweise für ihre eigene interne Leistungsanalyse sowie für einen bundesweiten anonymisierten Vergleich aller weiteren am EPRD teilnehmenden Einrichtungen. Die Berichte sind unter anderem die Grundlage für eine stetige Qualitätssicherung in der endoprothetischen Versorgung.

## Ihre Daten sind sicher, streng vertraulich und pseudonymisiert

Gesundheitsdaten sind sensible Daten – das ist uns bewusst. Wir versichern Ihnen deshalb, dass Ihre Daten nur zum Zweck unserer wissenschaftlichen Erhebungen genutzt und bei uns verarbeitet werden. Damit ist keine Rückführbarkeit auf Ihre persönliche Patientengeschichte möglich. Sie haben selbstverständlich jederzeit das Recht auf Selbstauskunft und Widerruf.



### Und so nehmen Sie am EPRD teil!

Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt oder auch beim Aufklärungsgespräch in Ihrer Klinik nach der Teilnahme am EPRD. Selbstverständlich können Sie sich auch direkt an das EPRD wenden.

# Fragen Sie nach einer Klinik, die Ihre Daten dem EPRD zur Verfügung stellt

Sie wollen wissen, welche die richtige Klinik für Sie ist? Das EPRD darf Ihnen keine einzelnen Kliniken nennen. Unsere Datenauswertungen beruhen auf der Bereitschaft der Kliniken, uns ihre OP-Ergebnisse zur Verfügung zu stellen. Anderenfalls könnten wir den Kli-

niken keine Auswertungen an die Hand geben, anhand derer sie die Qualität ihrer Versorgung regelmäßig überprüfen. Dennoch gibt es wertvolle Informationsquellen, die Ihnen bei der Suche nach dem geeigneten Krankenhaus Orientierung bieten:



## Informationsquellen

Auf der **Webseite des EPRD** finden Sie Kliniken, die nicht nur beim EPRD zur Teilnahme registriert sind, sondern regelmäßig Daten liefern und bei denen die Datenlieferung geprüft und bestätigt wurde.

→ [www.eprd.de/de/fuer-kliniken/teilnehmende-kliniken](http://www.eprd.de/de/fuer-kliniken/teilnehmende-kliniken)

Mit der **Krankenhaussuche von AOK und vdek** sehen Sie, ob eine Klinik am EPRD „teilnimmt“ und finden Daten zur Anzahl der Operationen und zur Behandlungsqualität.

→ [www.aok.de/krankenhaussuche](http://www.aok.de/krankenhaussuche)

→ [www.vdek-kliniklotse.de](http://www.vdek-kliniklotse.de)

Kliniken, die am **Zertifizierungssystem EndoCert®** teilnehmen, stellen an sich einen besonders hohen Qualitätsanspruch und werden regelmäßigen Audits unterzogen.

→ [www.endomap.de](http://www.endomap.de)

**Neben diesen öffentlich zugänglichen Informationen empfiehlt es sich, die von Ihnen ausgewählte Klinik nach den Ergebnissen ihrer Teilnahme am EPRD zu befragen.**

## Kontaktadresse EPRD

**EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH**

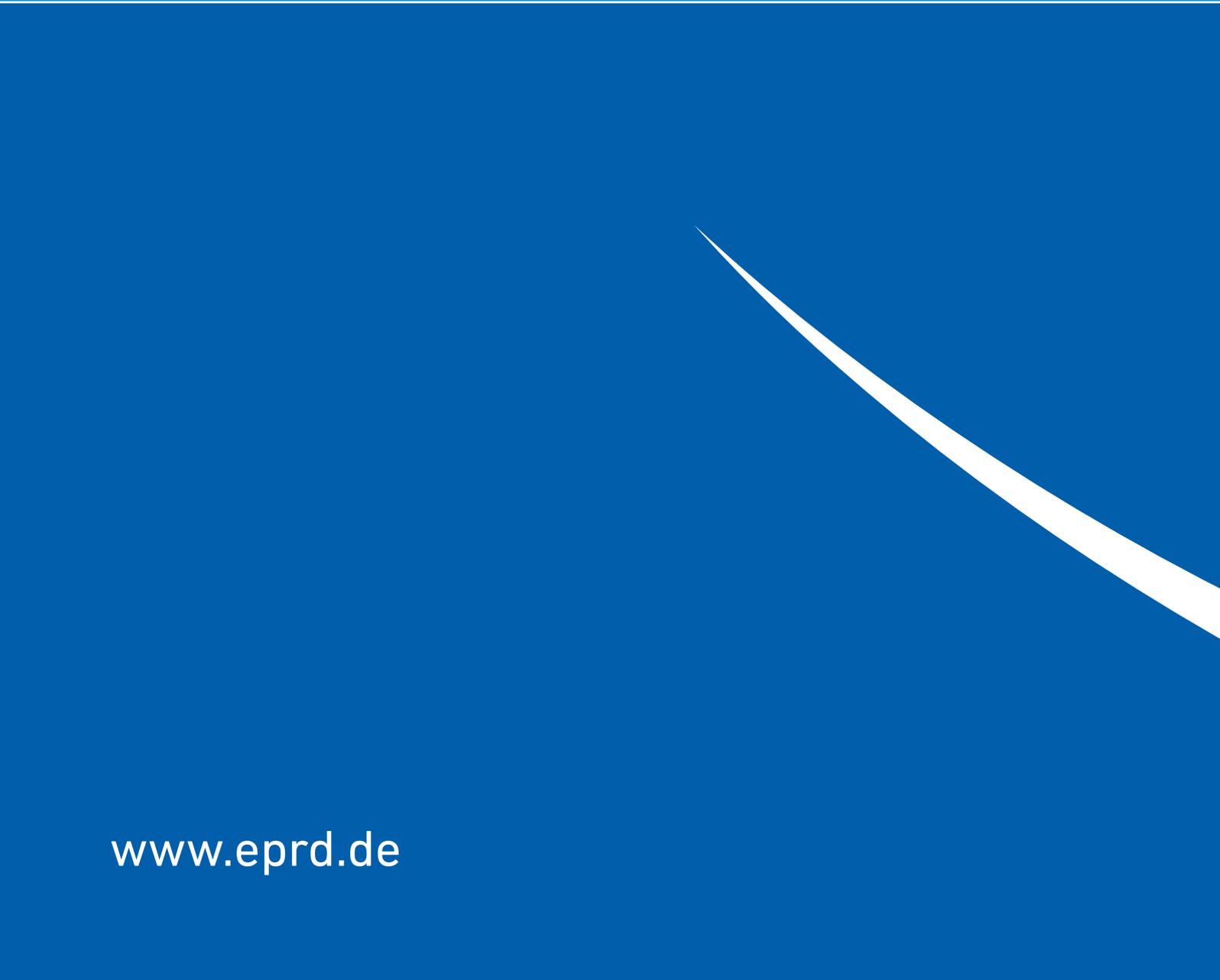
Straße des 17. Juni 106–108  
10623 Berlin

Telefon: 030 3406036-40

Fax: 030 3406036-41

E-Mail: [info@eprd.de](mailto:info@eprd.de)

[www.eprd.de](http://www.eprd.de)



[www.eprd.de](http://www.eprd.de)