EPRD
Endoprothesenregister
Deutschland

Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)

Jahresbericht 2022

Patienteninformation

Sehr verehrte
Leserinnen und Leser,

Sie halten in Ihren Händen die in dritter Auflage aktualisierte EPRD-Patienteninformation und stehen vor der Entscheidung, sich eine Hüft- oder Knieendoprothese einsetzen zu lassen? Vielleicht aber haben Sie diese Entscheidung mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin auch bereits getroffen. Dann geht es Ihnen so wie knapp 159.000 Patientinnen und Patienten, die im vergangenen Jahr ein künstliches Hüftgelenk und rund 116.000, die ein „neues“ Knie erhalten haben.

Das Einsetzen einer Endoprothese gehört zu den am häufigsten in Deutschland durchgeführten Operationen. Und doch sollte jeder medizinische Eingriff sorgsam abgewogen werden.

Ihnen und Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin dabei zu helfen, eine informierte Entscheidung zu treffen, ist unsere Aufgabe. Das Endoprothesenregister Deutschland ist vor zehn Jahren in Betrieb gegangen und sammelt und wertet – Stand heute – mehr als 2,4 Millionen Datensätze zu Hüft- und Kniegelenksoperationen aus. Aus diesem enormen Datenschatz lassen sich wertvolle Rückschlüsse für Ihre Versorgung mit einer Endoprothese ziehen.

Verständlich aufbereitet haben wir die wichtigsten, zentralen Erkenntnisse für Sie in dieser Patienteninformation zusammengefasst. Sprechen Sie Ihren Operateur oder Ihre Operateurin darauf an, ob seine oder ihre Klinik am Endoprothesenregister teilnimmt.

Eine Klinik, die ihre Operationsdaten dem Endoprothesenregister Deutschland zur Verfügung stellt, ist Teil eines mehr als 780 Krankenhäuser umfassenden Netzes, dass die Qualität der endoprothetischen Medizin sichern und weiter entwickeln will. Die Kooperation mit uns steht für einen Qualitätsanspruch in Ihrer medizinischen Versorgung.

Bleiben Sie mobil!

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

Was **Daten** verraten!

Das Endoprothesenregister Deutschland wertet seit zehn Jahren Daten zur endoprothetischen Versorgung aus. Mit Stand April 2023 bilden mehr als 2,4 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 sind **entweder dauerhaft** vorhanden, beispielsweise dauerhafter Ruhe-/Nachtschmerz oder treten **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 Patientinnen und 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 oder eine erfahrene Operateurin?

Mehr als 1.200 Kliniken in Deutschland bieten Hüft- und Kniegelenksimplantationen an. In der Fachwelt ist mittlerweile unumstritten: **Je mehr Erfahrung der Operateur oder die Operateurin 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/pro leitender Operateurin und pro Jahr nachweisen. Darüber hinaus erhalten Kliniken, die ihre Daten dem EPRD 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 Standard, **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 oder die Patientin 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 Knietotalendoprothese implantiert, muss die Knieöffnung etwas weiter erfolgen.

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks **dauert zwischen 45 Minuten und eineinhalb Stunden**, das eines Kniegelenks zwischen einer und eineinhalb Stunden.

Wie lange falle ich aus?

Jeder Patient und jede Patientin ist 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 etwa fünf bis 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?

Üblicherweise werden nach dem Einbau einer Hüfttotalendoprothese Gehhilfen eingesetzt. Wie lange diese notwendig sind, hängt vom allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten ab. **Spätestens nach sechs Wochen kann jedoch meist 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 Patientinnen und Patienten, die sich für eine Endoprothese entscheiden.

In der Regel halten Implantate **über viele Jahre hinweg**. So sind zum Beispiel **nach 10 Jahren mehr als 90 Prozent der Implantate im Patienten verblieben**, ohne dass eine Wechseloperation notwendig geworden wäre. Selbst nach 25 Jahren gilt dies sogar noch für den überwiegenden Teil der Implantate.

Auswertungen des Endoprothesenregisters Deutschland zeigen: **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 Patientinnen und Patienten eine Rolle oder wie stark das Implantat beansprucht wird.

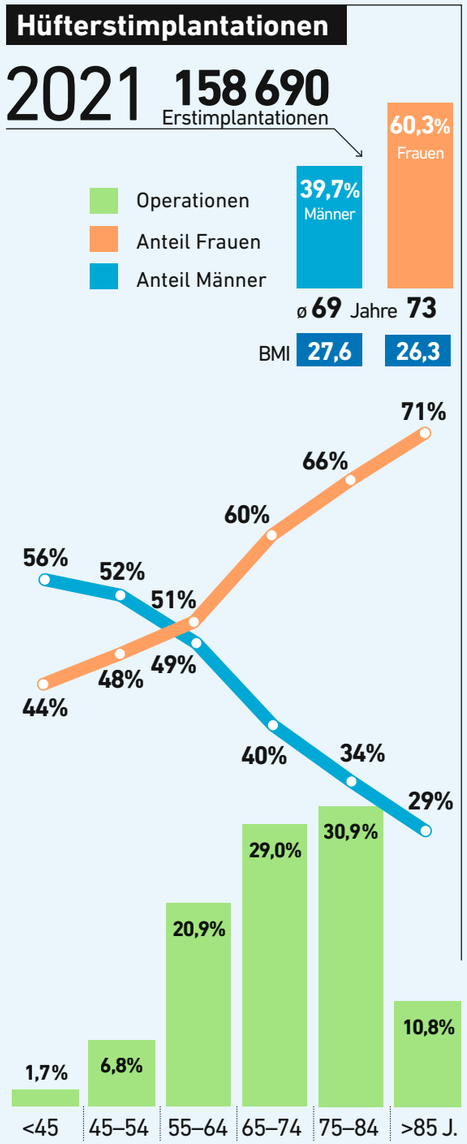
Einflussfaktoren künstliches Gelenk:
Alter, Geschlecht, Gewicht

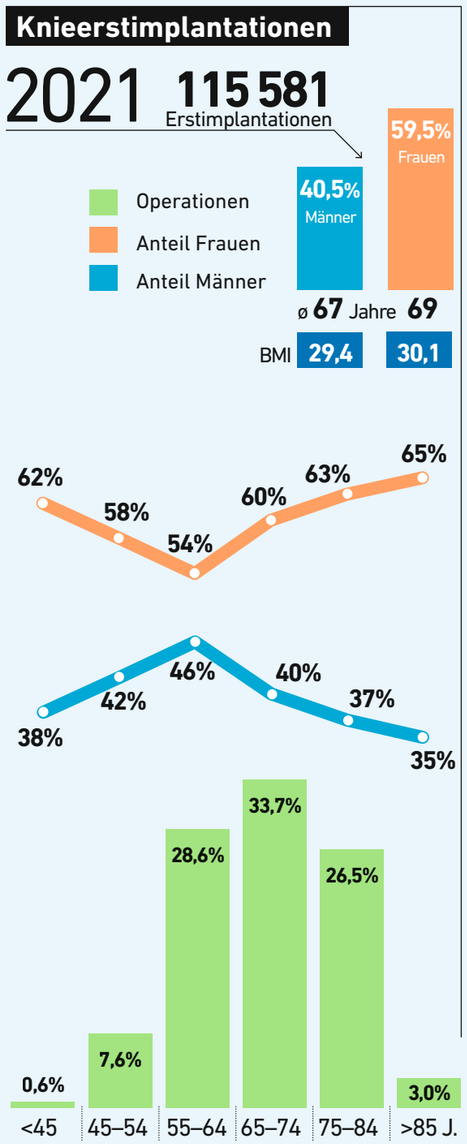
Die Implantation von Knie- und Hüftendoprothesen zählt zu den großen Erfolgen der modernen Medizin und obwohl diese Operationen in hoher Anzahl durchgeführt werden, können Komplikationen und Spätfolgen nie ganz ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund kommt ein künstliches Gelenk immer auch nur dann in 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. 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.

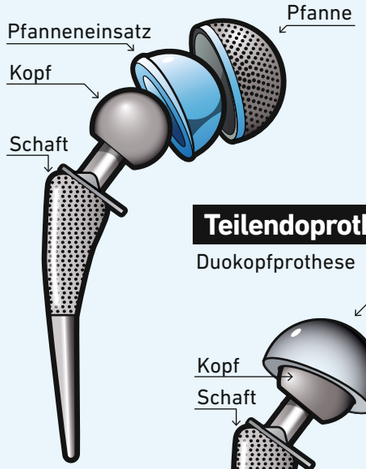
In mehr als **88 Prozent** aller Hüfterstimplantationen wird eine **Totalendoprothese** eingesetzt. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 158.690 Erstimplantationen einer Hüftendoprothese durchgeführt. Weit seltener kommt die Hemiendoprothese – also eine **Teilendoprothese** – zum Einsatz. Sie wird nur **in etwa zwölf Prozent** aller Operationen – vor allem bei Schenkelhalsbrüchen – benutzt.

Wie aber halten die Prothesen im menschlichen Körper? Rund 77 Prozent aller Hüfttotalendoprothesen werden unzementiert implantiert. Zementiert werden nur rund vier Prozent. Der Rest sind sogenannte teilzementierte Versorgungen, 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 88 Prozent der Prothesen werden zementiert und mehr als 11 Prozent ohne Zement eingesetzt.

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch beim Einsatz der Schafttypen: Zu rund 86 Prozent werden Hüftschäfte mit Modularkopf verwendet und zu rund zwölf 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.

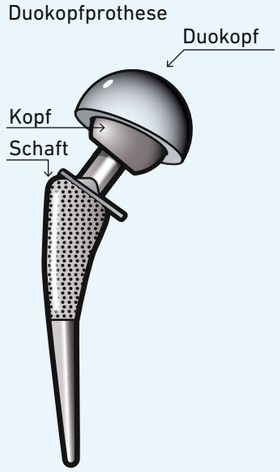
Am häufigsten werden **Modularpfannen** benutzt – **in 88 Prozent** aller Ersteingriffe von Hüfttotalendoprothesen. Sie zeichnen sich dadurch aus, den Pfanneneinsatz nach Material und Form auszuwählen und im Bedarfsfall auch auswechseln zu können.

Hüfttotalendoprothese

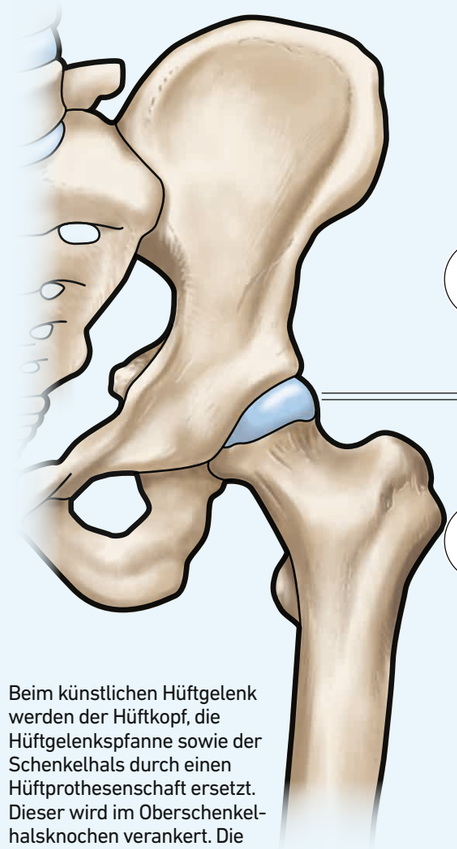


Teilendoprothese

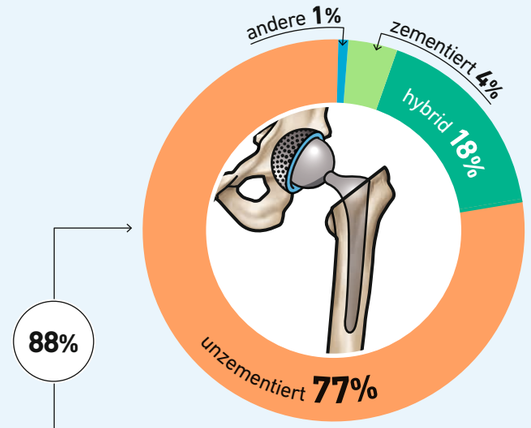
Duokopfprothese



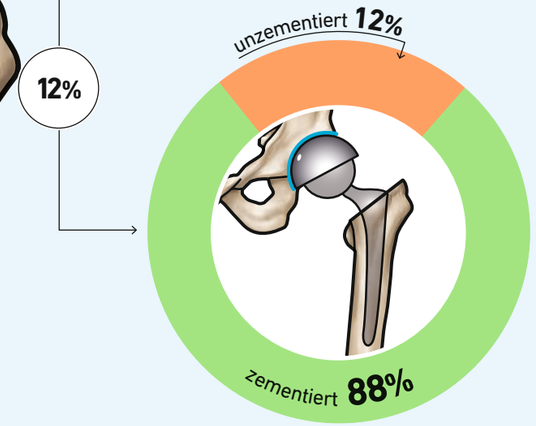
Hüftendoprothesen



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.



Hüfttotalendoprothese



Teilendoprothese

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.

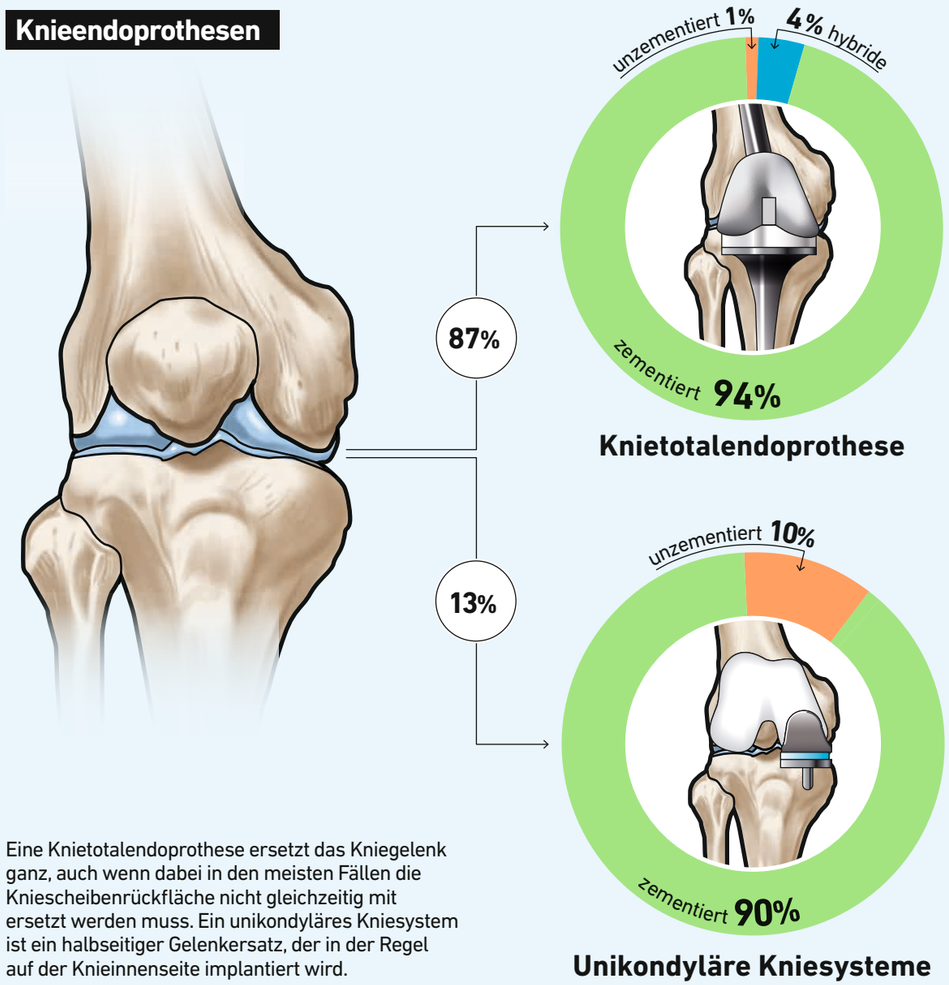
Bei den Kopfgrößen der Modularköpfe werden bei den vom EPRD erfassten Implantationen die Größen 28, 32 und 36 Millimeter am meisten verwendet. Wobei 36-mm-Köpfe – in 44 Prozent aller Erstimplantationen – am häufigsten genutzt werden.

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 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.

Knieendoprothesen



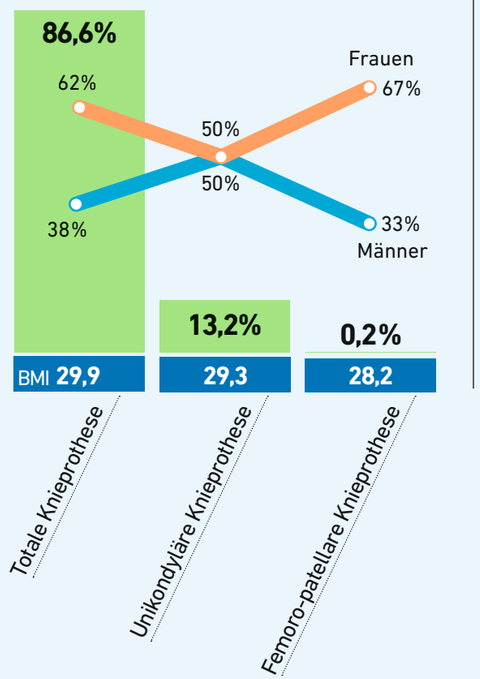
Eine Knietotalendoprothese ersetzt das Kniegelenk ganz, auch wenn dabei in den meisten Fällen die Kniescheibenrückfläche nicht gleichzeitig mit ersetzt werden muss. Ein unikondyläres Kniesystem ist ein halbseitiger Gelenkersatz, der in der Regel auf der Knieinnenseite implantiert wird.

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 Knietotalendoprothesen 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 Patient:innen mit unikondylären Knieprothesen ein niedrigeres Infektionsrisiko als Patient:innen mit Knietotalendoprothesen 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.

Arten der Knieprothesen



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

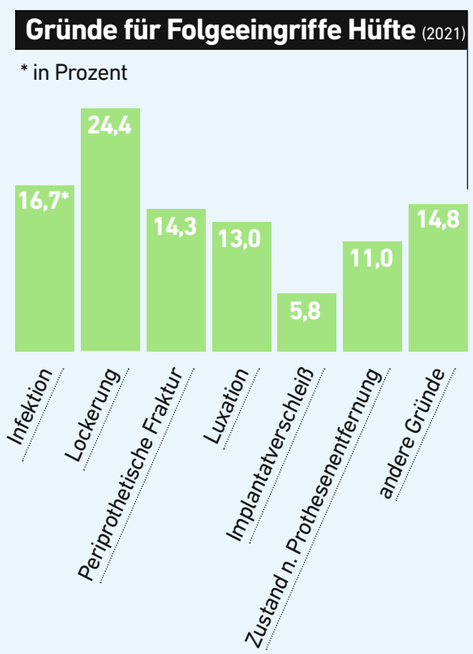
Ob eine endoprothetische Operation erfolgreich ist oder auch nicht, hängt von drei Faktoren ab: dem Krankenhaus beziehungsweise dem Operateur oder der Operateurin, dem Patienten oder der Patientin und dem Implantat. Studien belegen, dass der weitaus überwiegende Teil der Patient:innen nach einer Implantation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

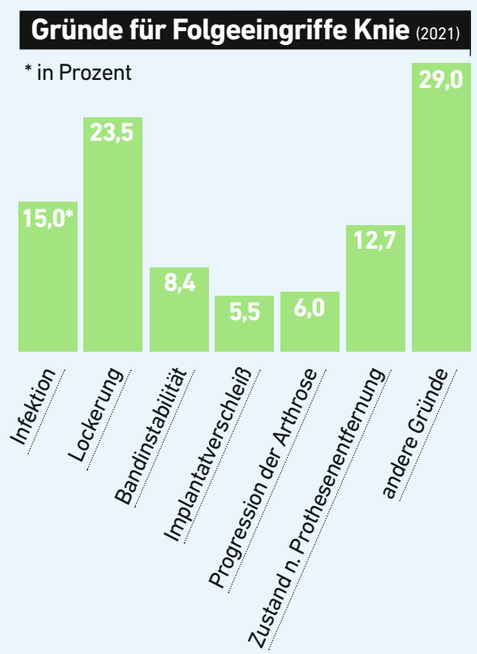
Dennoch kommt es immer wieder zu Folgeeingriffen. 2021 war dies bei Hüftgelenken in 17.752 der vom EPRD erfassten Operationen der Fall und in 13.961 Operationen am Knie. Die mit Abstand häufigste Ursache für eine Folgeoperation in 2021 ist die Lockerung des Implantats – dies macht bei der Hüfte fast 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 oder die Patientin kann dazu führen. Als zweithäufigster Grund für Folgeoperationen sind Infektionen zu nennen. Mit einem Anteil von fast 17 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.





EPRD
Endoprothesenregister Deutschland

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 (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 780 von ihnen arbeiten mit dem Endoprothesenregister Deutschland zusammen und übermitteln ihre Operationsdaten an das EPRD. Selbstverständlich nur, wenn der Patient oder die Patientin 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 April 2023 beträgt die Zahl der Datensätze, auf die das EPRD zurückgreifen kann, mehr als 2,4 Millionen.

Neben den Operationsdaten sind die Abrechnungsdaten der Krankenkassen eine zweite wichtige Datenquelle. Auch diese Daten fließen nur mit einer Einverständniserklärung 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/Ihre behandelnde Ärztin 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 Kliniken 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**

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**
→ **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**

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

www.eprd.de

www.eprd.de