

Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)

Jahresbericht 2020

Patienteninformation



Sehr verehrte Leserinnen und Leser,

im Jahr 2019 wurden rund 450.000 künstliche Hüft- und Kniegelenke in Deutschland eingesetzt. Was viele nicht wissen: Das Implantieren künstlicher Hüft- und Knieprothesen gehört zu den häufigsten Operationen in Krankenhäusern überhaupt. Hüftprothesen stehen an 6. Stelle und Knieprothesen an 14. Stelle der am meisten durchgeführten Eingriffe – noch häufiger operiert werden beispielsweise Darmerkrankungen, die Galle oder auch der Kaiserschnitt.

Und obwohl Millionen Menschen hierzulande mit einem künstlichen Gelenk leben, wissen wir noch zu wenig über die Langlebigkeit eines Implantats und die Gründe für einen Wechsel.

Mit dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) soll diese Wissenslücke geschlossen werden. Das EPRD ist eine wissenschaftliche Einrichtung: Es sammelt und analysiert seit 2012 Operationsdaten der Krankenhäuser sowie Daten der Krankenkassen und der Implantathersteller.

Durch die Auswertung dieser Daten lassen sich wertvolle Informationen gewinnen, die

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

Wir wissen inzwischen unter anderem, wie die Implantate befestigt werden, welche Prothesen am häufigsten zum Einsatz kommen, aber auch die häufigsten Gründe für eine sogenannte Wechseloperation kann das EPRD inzwischen benennen. Die Vorerkrankungen der Patienten spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle beim Erfolg einer Hüft- und Kniegelenks-OP.

Kurz: Wir erkennen „Trends“ in der Versorgung und können mit Hilfe einer umfangreichen Produktdatenbank auch Produkte identifizieren, die sich in der Praxis nicht bewähren. Damit kommt dem EPRD im Sinne eines gelebten Verbraucherschutzes eine wichtige Funktion als Frühwarnsystem zu.

Mit dieser Patienteninformation fassen wir den EPRD-Jahresbericht 2020 kurz zusammen. Wir möchten Sie in einer patientenverständlichen Weise über zentrale Ergebnisse unserer Datenauswertung informieren und Ihnen helfen, informierte Entscheidungen gemeinsam mit Ihrem Arzt zu treffen.



Bleiben Sie mobil!

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

Was Daten verraten!

Das Endoprothesenregister Deutschland wertet seit sieben Jahren Daten zur endoprothetischen Versorgung aus. Mit Stand Ende 2019 bilden mehr als 1,3 Millionen Datensätze die Grundlage.

Ein paar Ergebnisse auf den ersten Blick!



Das „starke“ Geschlecht ist besonders anfällig: **Männer** haben bei geplanter Erstimplantation einer Hüfttotalendoprothese ein höheres Ausfallrisiko!



Nicht die paar Kilos zu viel auf der Waage, aber starkes Übergewicht, also ein **BMI von >30**, 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.

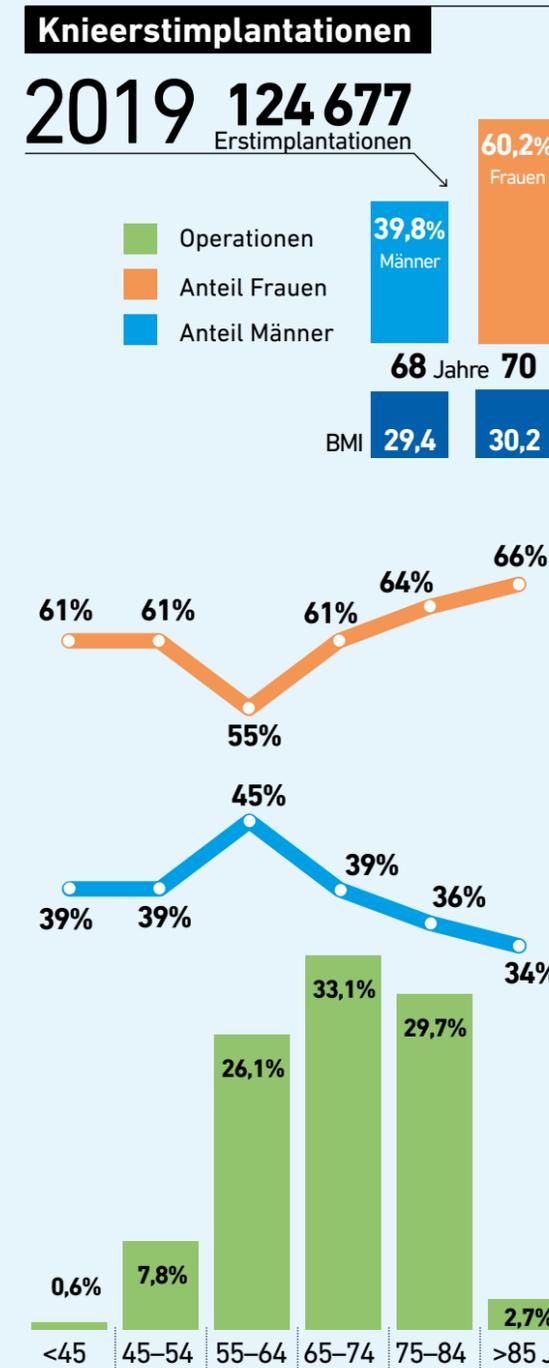
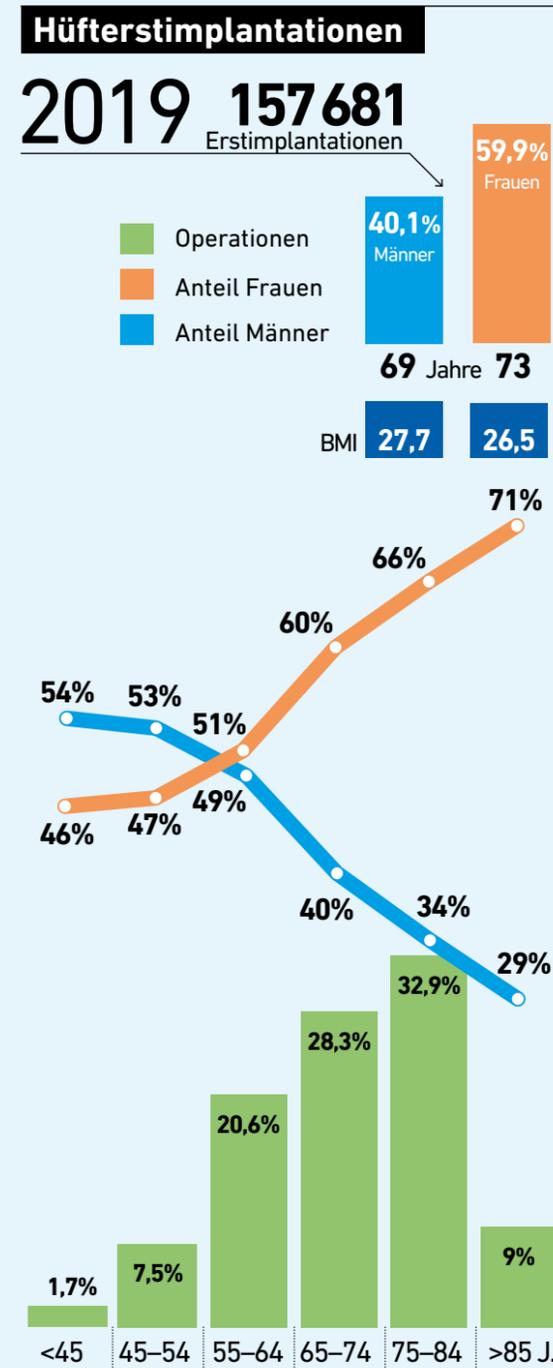
Ein wesentliches Qualitätsmerkmal beim endoprothetischen Hüft- und Kniegelenkersatz sind die Prothesenstandzeiten. Ein Ziel des EPRD ist es, diese nachzuerfolgen und darzustellen.

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 die Anzahl der Hüfterstimplantationen bei Männern ab dem Alter zwischen 55 und 64 Jahren stetig abnimmt, ist bei den Frauen der gegenläufige Trend zu beobachten. Je älter sie werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine neue Hüfte erhalten. 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 BMI eines Normalgewichtigen bewegt sich zwischen 18,5 und 24,9. Frauen und Männer, die erstmalig ein Hüftimplantat erhalten, weisen im Schnitt einen Body Mass Index (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 Abnutzungerscheinungen 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.

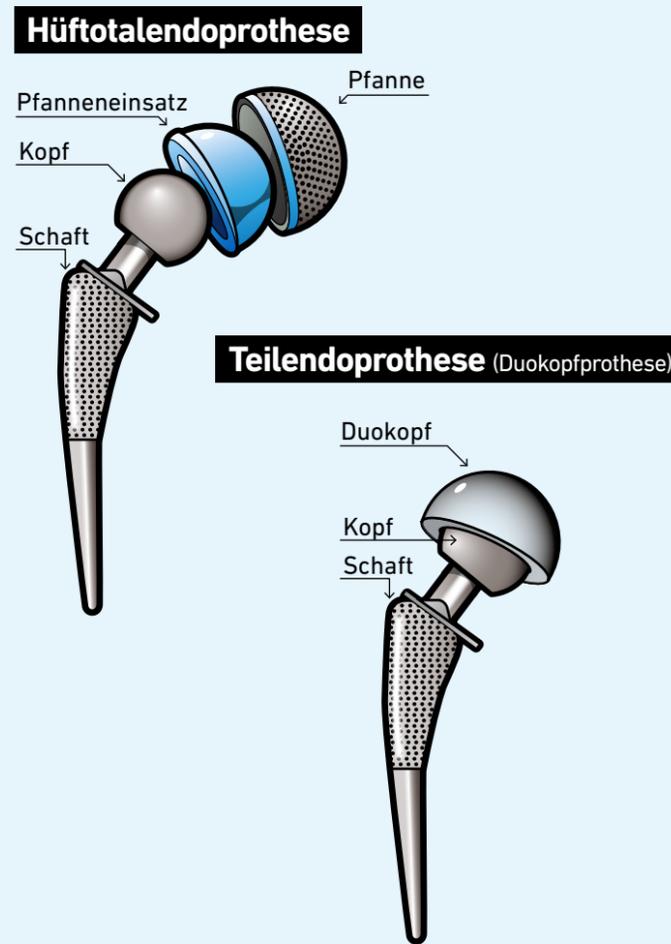
Ihre erste Hüftgelenksimplantation – was Sie wissen sollten!

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 **90 Prozent** aller Hüfterstimplantationen wird eine **Totalendoprothese** eingesetzt. Im Jahr 2019 wurden insgesamt 157.681 Erstimplantationen einer Hüftendoprothese durchgeführt. Weit seltener kommt die Hemiendoprothese – also eine **Teilendoprothese** – zum Einsatz. Sie wird nur **in etwa zehn Prozent** aller Operationen – vor allem bei Schenkelhalsbrüchen – benutzt.

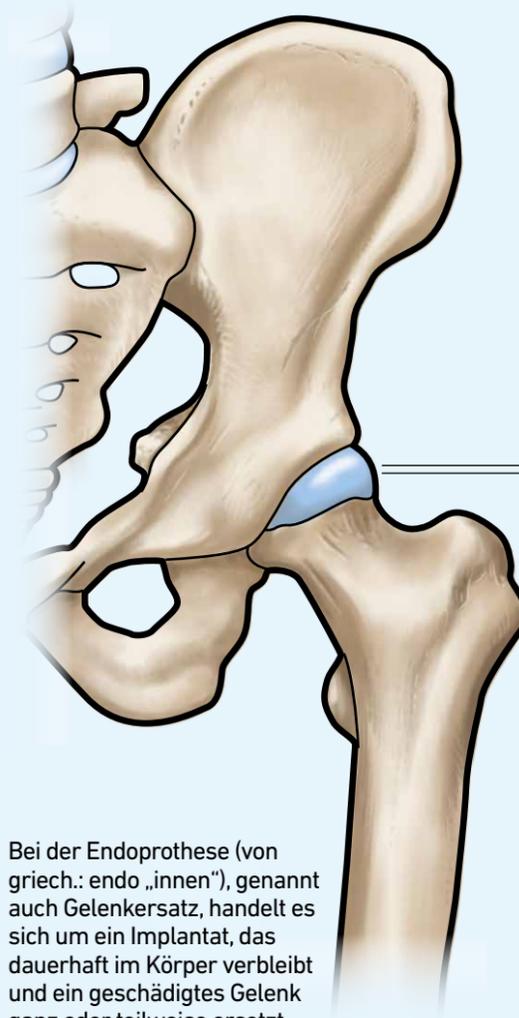
Wie aber halten die Prothesen im menschlichen Körper? Rund 78 Prozent aller Hüfttotalendoprothesen werden unzementiert implantiert. Zementiert werden nur rund 5 Prozent. Der Rest sind sogenannte teilzementierte Versorgungen, wobei eine Komponente – meist der Schaft – zementiert wird und die andere Komponente unzementiert verankert wird. Bei Hüftteilendoprothesen stellt sich die Verteilung genau umgekehrt



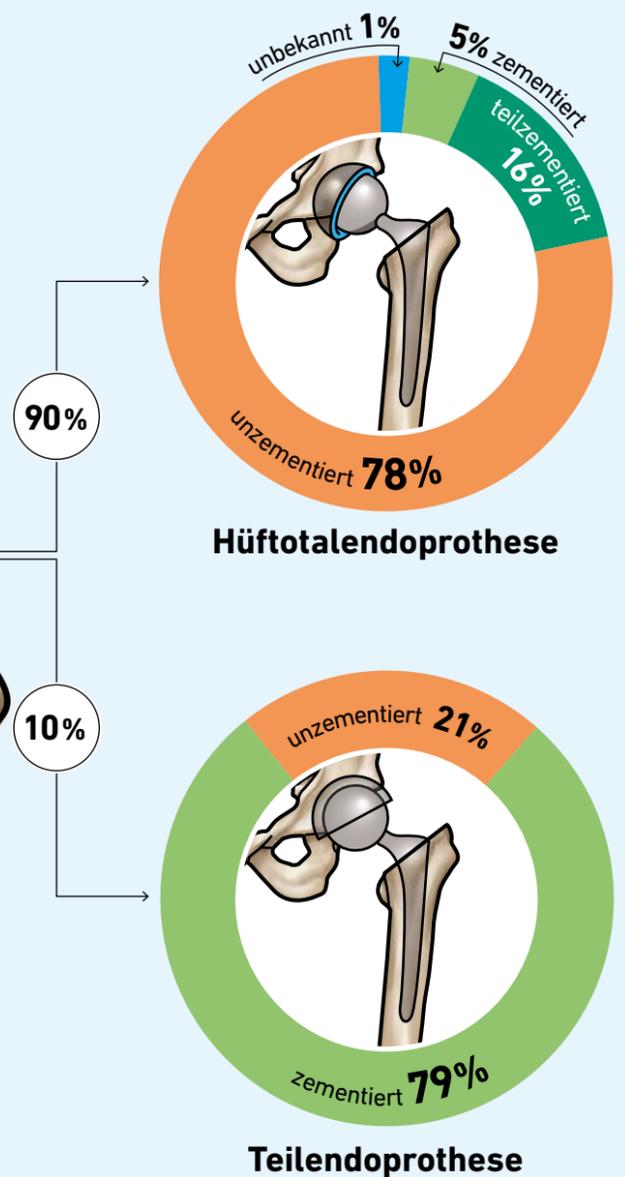
dar: Etwa 79 Prozent der Prothesen werden zementiert und mehr als 21 Prozent ohne Zement eingesetzt. Allerdings beeinflusst auch hier das Alter die Versorgungsform: Je älter die Patienten – ab 75 Jahre aufwärts – umso eher wird der Standardschaft zementiert. Bei Männern sind es rund 30 Prozent dieser Altersgruppe und bei Frauen rund 43 Prozent.

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch beim Einsatz der Schafttypen: Zu rund 88 Prozent werden Hüftschaften mit Modulkopf verwendet und zu rund zehn Prozent Kurzschaften.

Hüftendoprothesen



Bei der Endoprothese (von griech.: endo „innen“), genannt auch Gelenkersatz, handelt es sich um ein Implantat, das dauerhaft im Körper verbleibt und ein geschädigtes Gelenk ganz oder teilweise ersetzt. Am bekanntesten sind die künstlichen Hüftgelenke.



Letztere bekommen insbesondere jüngere Patienten, weil die Implantation bei Kurzschaften 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 90 Prozent** aller Hüftoperationen. Sie zeichnen sich durch die Möglichkeit aus, den Pfanneneinsatz nach Material und Form auszuwählen und im Bedarfsfall auch auszuwechseln zu können.

Bei den Kopfgrößen der Modulköpfe werden bei den vom EPRD erfassten Implantationen die Größen 28, 32, 36 Millimeter am meisten verwendet.

Es zeichnet sich aber eine stärkere Tendenz hin zu 36 mm-Köpfen ab. Bei den Materialien zeichnet sich ein Trend bei den Gleitpaarungspartnern hin zu Keramik-Kunststoffverbindungen ab.

Modularpfanne



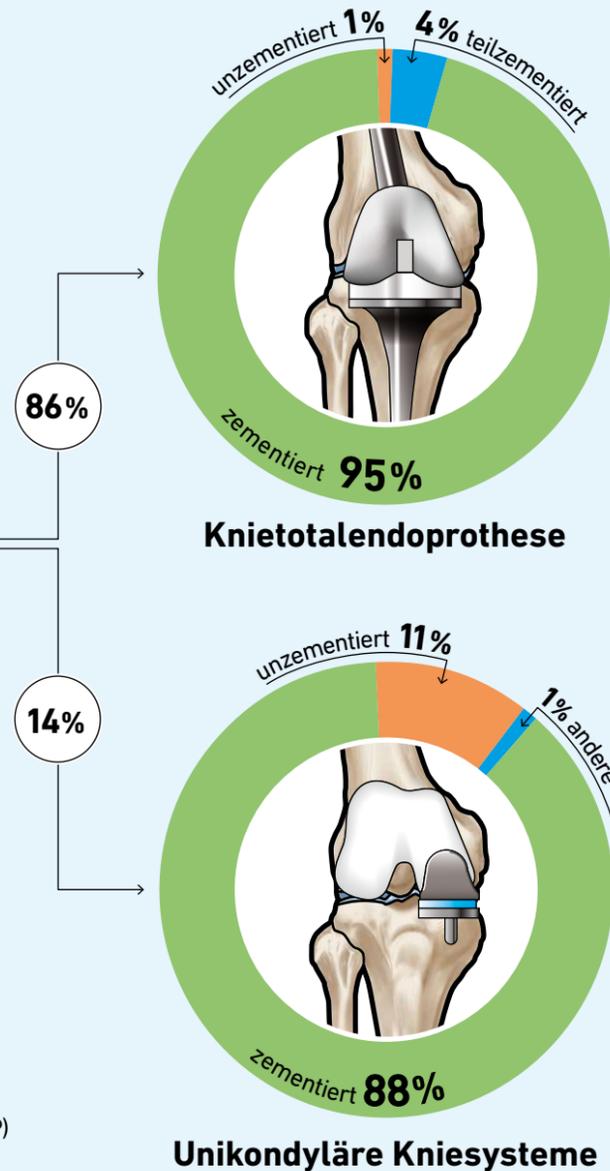
Ihre erste Kniegelenksimplantation – was Sie wissen sollten!

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

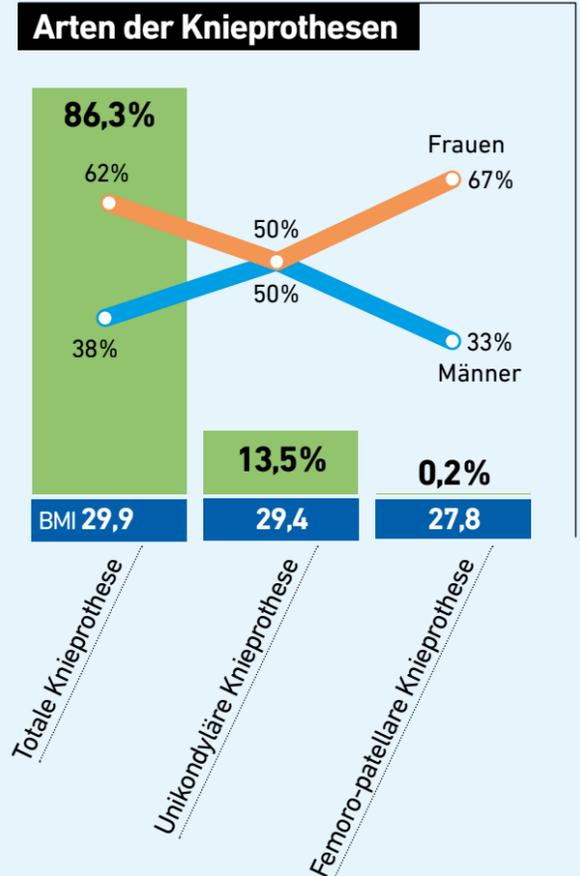


Eine Knieprothese, Knieendoprothese oder Kniegelenksprothese ist eine implantierte Prothese (Endoprothese), die das Kniegelenk ganz (als TEP) oder teilweise ersetzt.

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

Mit mehr als 86 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 14 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.

Ein Trend ist, die Rückfläche der Kniescheibe gleichzeitig mit zu ersetzen – der sogenannte **primäre Patellarückflächenersatz**. Bei den Materialien der Prothesen setzen sich zunehmend **hochvernetzte Polyethylene** durch.



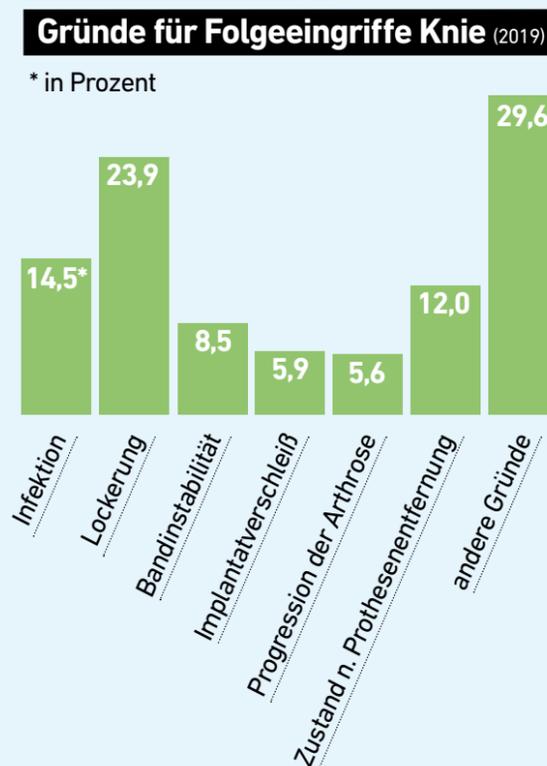
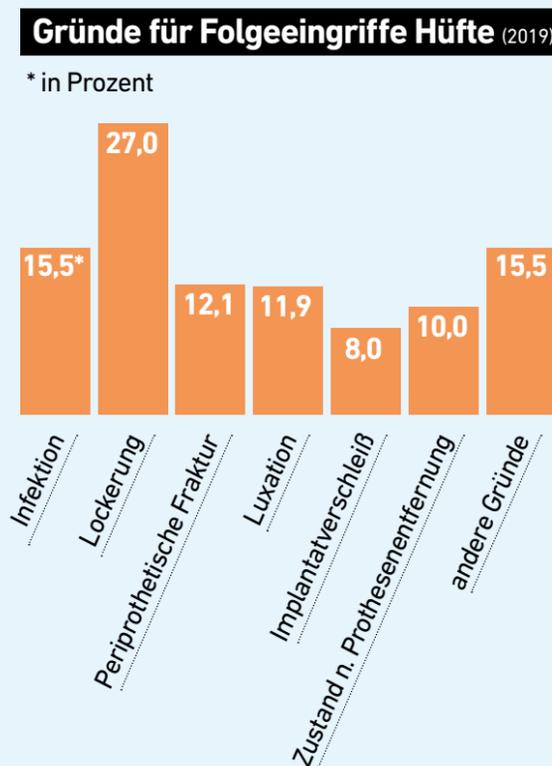
Folgeeingriffe – und warum es dazu kommt

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. 2019 war dies bei Hüftgelenken in 17.903 der vom EPRD erfassten Operationen der Fall und in 14.462 Operationen am Knie. Die mit Abstand häufigste Ursache für eine Folgeoperation in 2019 ist die Lockerung des

Implantats – dies macht bei der Hüfte 27 Prozent der Fälle aus, beim Knie sind es noch 24 Prozent.

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 rund 15 Prozent betreffen sie Hüften und Knie gleichermaßen. Ein Implantatverschleiß ist bei Hüftendoprothesen noch in acht Prozent der Fälle ursächlich und bei Knieendoprothesen in sechs Prozent der Fälle.



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. Zum Juli 2020 beträgt die Zahl der Datensätze, auf die das EPRD zurückgreifen kann, 1,5 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 60.000 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:



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.endocert.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