

2 **METHODIK**

Durch retrospektive Analyse der Krankenakten von Patienten, die in der Zeit vom 01. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 2000 vom DHZB zur überbrückenden, stationären Behandlung in unsere Klinik überwiesen wurden, waren charakteristische, die Schwere der Herzinsuffizienz näher spezifizierende Befunde bei Aufnahme und Entlassung der jeweiligen Pharmakotherapie gegenüber zu stellen. Als interessierende Endpunkte wurden kardialer Tod während des stationären Aufenthaltes, das Datum der Herztransplantation bzw. die Rücknahme der Dringlichkeitsstufe zur HTX definiert sowie zusätzlich die Entlassungsmodalität.

Die Identifizierung der Patienten erfolgte anhand der Stationsbücher, in denen neben der Aufnahmediagnose (Herzinsuffizienz, kardiale Dekompensation, Kardiomyopathie) weitere Stichpunkte wie HTX und DHZB notiert waren, ferner nach Durchsicht der Entlassungsberichte, die ebenfalls jahrgangsweise gesammelt vorlagen. Patienten, die direkt auf die internistische Intensivstation aufgenommen wurden, konnten mithilfe PC-gestützter Datenverarbeitung unter Eingabe der Suchbegriffe kardiale Dekompensation, kardiales Lungenödem, low-output-Syndrom, Kardiomyopathie, DHZB und HTX erkannt werden.

Die Krankenakten der Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz, die zur Transplantation mit hoher Dringlichkeit angemeldet waren, wurden nach den folgenden Parametern durchgearbeitet:

1. Allgemeine Daten: Alter, Geschlecht.
2. Schwere der Herzinsuffizienz, angegeben in der NYHA-Klassifikation;
3. Ätiologie der Herzinsuffizienz, Jahr der ersten Dekompensation, Anzahl der stationären Vorbehandlungen.
4. Zeitpunkt der Aufnahme in die HTX-Liste, angegeben als Monat/Jahr.

5. Datum der erstmaligen stationären Aufnahme in unsere Kardiologische Abteilung, differenziert nach Intensiv- bzw. Normalstation, Dauer des gesamten stationären Aufenthaltes, Entlassungsmodalität (Verlegung in das DHZB, Heimatkrankenhaus, nach Hause) oder Tod.
6. a) Allgemeine klinische Untersuchungsbefunde: Körpergewicht, Pulsfrequenz und arterieller Blutdruck jeweils bei Aufnahme und Entlassung.
b) Spezielle nicht invasive kardiologische Befunde:
 - EKG: Grundrhythmus (Sinusrhythmus, Vorhofflimmern) und Leitungsstörung.
 - Langzeit-EKG: ventrikuläre Arrhythmien, eingeteilt nach der Lown-Klassifikation.
 - Echokardiographie: linksventrikulärer enddiastolischer Durchmesser (LVEDD), gemessen in der parasternalen Längsachse; segmentale Verkürzungsfraction der basalen linksventrikulären Wandsegmente (FS).
 - Röntgen-Thorax: Herzgröße und Dekompensationszeichen bei Aufnahme und vor Entlassung.
 - Ergänzende Laborchemie: Natrium, Kalium, Kreatinin, Gamma-GT jeweils bei Aufnahme und Entlassung.c) Invasive kardiologische Parameter:
Cardiac-Index (CI) mit Angabe der Herzfrequenz, des pulmonalarteriellen (PAm) und pulmonalkapillären (PC) Mitteldruckes bei Aufnahme und vor Entlassung. Ejektionsfraction (EF), laevokardiographisch ermittelt bei Aufnahme (wegen der Invasivität wurde auf eine Kontrolluntersuchung verzichtet).
7. Kardiale Pharmakotherapie bei Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes, unterteilt nach Diuretika (Furosemid, Aldactone, Xipamid), Digitalis, ACE-Hemmer und Angiotensin-II-Rezeptor₁-Antagonisten (AT₁-Blocker), Betablocker und Klasse-III-Antiarrhythmika, jeweils mit Angaben der Tagesdosierungen.

Die Rohdaten wurden in einer Excel-Tabelle mit fortlaufender Nummerierung der Patienten aufgeführt und zu den jeweiligen Befunden die arithmetischen Mittelwerte (MW) mit Standardabweichung (SD) bzw. prozentuale Häufigkeiten errechnet.