

Wörterbuch der Medizinischen Informatik

Wörterbuch der Medizinischen Informatik

herausgegeben von
Hans-Jürgen Seelos



Walter de Gruyter · Berlin · New York 1990

Priv.-Doz. Dr. Hans-Jürgen Seelos
Lehrbeauftragter für Medizinische Informatik
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
RKD GmbH
Postfach 32 09 44
D-4000 Düsseldorf 30

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Wörterbuch der medizinischen Informatik / hrsg. von Hans-Jürgen Seelos. — Berlin ; New York : de Gruyter, 1990
ISBN 3-11-011224-8
NE: Seelos, Hans-Jürgen [Hrsg.]

© Copyright 1990 by Walter de Gruyter & Co., D-1000 Berlin 30

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, daß solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Satz: Arthur Collignon GmbH, Berlin. - Druck: Gerike GmbH, Berlin.

Buchbinderische Verarbeitung: D. Mikolai, Berlin.

Printed in Germany

Inhaltsübersicht

I	Vorwort	VII
II	Hinweise zur Benutzung	VIII
III	Abkürzungen	IX
IV	Autoren- und Literaturverzeichnis	XII
V	Stichwörter A–Z	1

I Vorwort

Die Medizin in ihren institutionalisierten Einrichtungen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ist eingebettet in ein komplexes Umfeld soziologischer Strukturen. Von daher ist es einerseits verständlich und konsequent, daß auch das Gesundheitssystem von der Informatik, der Wissenschaft von der Informationsverarbeitung und der Gestaltung informationsverarbeitender Systeme, nicht unbeeinflußt bleiben konnte; weder in der passiven Reaktion auf die vorgehenden Veränderungen noch im Hinblick auf die aktive Einbeziehung der Kommunikations- und Informationstechnologie. Daraus folgt andererseits aber auch, daß die effiziente Anwendung der Informatik im Gesundheitssystem vielfältige Implikationen hat und deshalb einen interdisziplinären methodologischen Ansatz unter Einbeziehung medizinischer, pflegerischer, informatischer, informationsrechtlicher, technischer, baulicher, betriebswirtschaftlicher, soziologischer und gesundheitsökonomischer Aspekte erfordert. Ausdruck des Bestrebens, einen solchen methodologischen Ansatz wissenschaftlich zu unterbauen und durch Ausbildungskonzepte zu konkretisieren, war die Entwicklung einer speziellen anwendungsbereichsspezifischen Informatik – der Medizinischen Informatik.

Dem wachsenden Informationsbedarf der Praxis und Wissenschaft folgend und motiviert durch Beiträge zur Theorieentwicklung der Medizinischen Informatik wird mit diesem Wörterbuch der Versuch einer terminologischen Synthese dieses interdisziplinären Fachgebietes im Sinne einer „comprehensive health care informatics“ unternommen. Entsprechend dieser Zielvorstellung sind nachfolgend spezifische, bei der Anwendung der Informatik im Gesundheitssystem gebrauchte Begriffe definiert, die, unter Vernachlässigung konkreter einschlägiger Informatiklösungen, durch eine umfassende Analyse der Fachliteratur und Befragung von Experten identifiziert werden konnten.

Dankenswerterweise haben sich für die definitorische Bearbeitung der Stichwörter eine Reihe kompetenter Sachkenner aus Wissenschaft, Praxis und Lehre zur Verfügung gestellt. Die vorliegende erste Auflage enthält über 2000 Stichwörter und erhebt keinen Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit. Der Leser ist aufgerufen, durch sachkritische Hinweise und Anregungen an der Fortschreibung des Wörterbuches mitzuarbeiten.

Allen, die mit Rat und Tat zum Gelingen dieser ersten Ausgabe beigetragen haben, gilt an dieser Stelle mein herzlicher Dank für ihre Mitarbeit. Dem de Gruyter Verlag danke ich für die kooperative Zusammenarbeit und sein Engagement zur Förderung der Medizinischen Informatik.

Düsseldorf, im Januar 1990

Hans-Jürgen Seelos

II Hinweise zur Benutzung

Alphabetische Ordnung

Die Stichwörter sind alphabetisch sortiert, wobei ä, ö, ü so eingeordnet wird, wie es der Schreibweise ae, oe, ue entspricht; ß wird wie ss behandelt. Bei Stichwörtern, die sich aus Adjektiv und Substantiv zusammensetzen, wird das Adjektiv für die alphabetische Einordnung benutzt. Stichwörter mit numerischen Angaben sind nach ihrer Sprechweise sortiert. Grundsätzlich stehen Stichwörter im Singular; nur für Sammelbezeichnungen wird die Pluralform verwendet.

Schreibweise

Stichwörter sind im Druck hervorgehoben; verschiedene Bedeutungen gleichgeschriebener Stichwörter durchnummeriert.

Verweise

Verweise finden sich an der inhaltlich passenden Textstelle, bei allgemeineren Bezügen am Ende des Eintrages (z. B. „s. a. SNOMED.“). Im fortlaufenden Text erfolgen Verweise durch Angabe des Symbols „*“ hinter dem betreffenden Wort (z. B. „Tracer: syn. für Indikatorproblem*.“), wobei dieses Wort auch in syntaxbedingten Flexionsformen auftreten kann (z. B. „... enthält das Lexikon die Lexeme* ...“). Setzt sich das Stichwort aus mehreren Wörtern zusammen, steht das „*“-Symbol hinter dem ersten für die alphabetische Reihenfolge relevanten Wort (z. B. „Ärztliche* Schweigepflicht“). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird bei einer Definition nicht auf alle im Wörterbuch definierten, sondern nur auf für den jeweiligen Sachzusammenhang wichtige Stichworteinträge verwiesen. Die in der deutschen Sprache gebräuchliche englische Übersetzung eines Stichwortes wird separat aufgeführt (z. B. „Computer: engl. für Datenverarbeitungssystem*.“).

Quellenangaben

Die Autorenschaft der einzelnen Definitionen ist durch ein vierstelliges Namenskürzel, bei zitierten DIN-Vorschriften durch die betreffende „DIN-Nummer“ gekennzeichnet. Weitere Angaben können dem Autoren- und Literaturverzeichnis in Kapitel IV entnommen werden.

III Abkürzungen

Abb.	=	Abbildung
Abk.	=	Abkürzung
Abs.	=	Absatz
ADV	=	automatisierte Datenverarbeitung
AMG	=	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
Art.	=	Artikel
ASiG	=	Arbeitssicherheitsgesetz
AVG	=	Angestelltenversicherungsgesetz
BBG	=	Bundesbeamtengesetz
BDSG	=	Bundesdatenschutzgesetz
Bez.	=	Bezeichnung
BGA	=	Bundesgesundheitsamt
BGB	=	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	=	Bundesgesetzblatt
BGH	=	Bundesgerichtshof
BGHZ	=	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen
BPfIV	=	Bundespfllegesatzverordnung
BRD	=	Bundesrepublik Deutschland
BRRG	=	Beamtenrechtsrahmengesetz
BSeuchG	=	Bundesseuchengesetz
BSHG	=	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drs.	=	Bundestagsdrucksache
BVerfG	=	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	=	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
bzgl.	=	bezüglich
bzw.	=	beziehungsweise
DÄ	=	Deutsches Ärzteblatt
d. h.	=	das heißt
DIN	=	Deutsches Institut für Normung e. V.
Dt.	=	Deutsche
DVO	=	Durchführungsverordnung
einschl.	=	einschließlich
engl.	=	englisch
etc.	=	et cetera
f.	=	für
ff.	=	folgende
Ges.	=	Gesellschaft
GeschlKrG	=	Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
GG	=	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

Abkürzungen

GKV	= gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	= Gebührenordnung für Ärzte
GRG	= Gesundheits-Reformgesetz
GVBl.	= Gesetz- und Verordnungsblatt
Gy	= Gray-Einheit
HDSG	= Hessisches Datenschutzgesetz
Hmb- KrebsRG	= Hamburgisches Krebsregistergesetz
i. a.	= im allgemeinen
i. d. F. v.	= in der Fassung vom
i. d. R.	= in der Regel
i. e. S.	= im engeren Sinn
i. S.	= im Sinne
i. V. m.	= in Verbindung mit
i. w.	= im weiteren
i. w. S.	= im weiteren Sinn
KRG NW	= Krebsregistergesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
LDSG	= Landesdatenschutzgesetz
Min.	= Minuten
MTA	= medizinisch-technischer(e) Assistent(in)
MuBO	= Muster-Berufsordnung der Deutschen Ärzte
Nds.PschKG	= Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
NJW	= Neue juristische Wochenschrift
Nr.	= Nummer
PStG	= Personenstandsgesetz
RöntgenVO	= Röntgenverordnung
Rev.	= Revision
RVO	= Reichsversicherungsordnung
S.	= Seite
s.	= siehe
s. a.	= siehe auch
SGB	= Sozialgesetzbuch
sog.	= sogenannt
StAnz.	= Staatsanzeiger
StGB	= Strafgesetzbuch
StPO	= Strafprozeßordnung
syn.	= synonym
Tab.	= Tabelle
u. a.	= unter anderem
u. ä.	= und ähnliche(s, r)
usw.	= und so weiter
u. U.	= unter Umständen
v. a.	= vor allem
vgl.	= vergleiche

Abkürzungen

WHO	= engl. World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation
WRV	= Weimarer Verfassung vom 11. August 1919
z. B.	= zum Beispiel
Ziff.	= Ziffer
ZPO	= Zivilprozeßordnung
z. T.	= zum Teil
z. Zt.	= zur Zeit

IV Autoren- und Literaturverzeichnis

Herausgeber:

Priv.-Doz. Dr. sc. hum., Dipl.-Inform. Med. H.-J. Seelos
Lehrbeauftragter für Medizinische Informatik der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf
RKD GmbH
Postfach 32 09 44, 4000 Düsseldorf 30

Autoren:

- ADAM Dr. rer. pol. H. Adam
Niedersächsische Fachhochschule für Verwaltung und
Rechtspflege, Kommunale Abteilung Hannover
Wielandstr. 8, 3000 Hannover 1
- ANSC Prof. Dr. med. F. Anschütz
em. Direktor der Medizinischen Klinik I der
Städtischen Kliniken Darmstadt
Seitersweg 23, 6100 Darmstadt
- BECK Univ.-Prof. Dr. med. V. Becker
Direktor des Pathologischen Instituts der Universität
Erlangen-Nürnberg
Krankenhausstr. 8–10, 8520 Erlangen
- BLOH Prof. Dr. med. M. Blohmke
seinerzeit Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin der
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 368, 6900 Heidelberg 1
- BOTH S. Bothung
DV-Angestellte
Medizinisches Fachrechenzentrum Labordaten-
verarbeitung, Zentrum Laboratoriumsmedizin,
Medizinische Hochschule Hannover
Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61
- BREN Dipl.-Kfm. G. Brenner
Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche
Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Herbert-Lewin-Str. 5, 5000 Köln 41

- BREU Prof. Dr. rer. nat. J. Breuer
Geschäftsführender Schriftführer der Deutschen
Gesellschaft für Klinische Chemie e. V.
Marienhospital
Virchowstr. 135, 4650 Gelsenkirchen 1
- BUDD Dr.-Ing. R. Budde
Institut für Systemtechnik (F2), Gesellschaft für
Mathematik und Datenverarbeitung mbH
Schloß Birlinghoven, 5205 St. Augustin 1
- CHRI Univ.-Prof. Dr. med. E. Christophers
Präsident der Dt. Dermatologischen Gesellschaft
Univ.-Hautklinik, Abt. Dermatologie und Venerologie,
Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel
Schittenhelmstr. 7, 2300 Kiel
- DGD Deutsche Gesellschaft für Dokumentation
Komitee Terminologie und Sprachfragen (Vorsitzender:
K. Laisiepen †, Karlstr. 6, 5357 Swisttal-Buschhoven)
- DÖRR Dr. med. R. Dörr
Abt. Innere Medizin I der Medizinischen Fakultät,
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen
Pauwelsstr., 5100 Aachen
- ECKM Univ.-Prof. Dr.-Ing. R. Eckmiller
Abt. Biokybernetik, Institut für Physikalische Biologie,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1, 4000 Düsseldorf 1
- EICH Prof. Dr. rer. pol. habil. S. Eichhorn
Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf (Universitätsstr. 1, 4000 Düsseldorf 1)
und Institut für Krankenhausbau der TU Berlin,
Fachgebiet: Betriebswirtschaftslehre des Gesundheits-
wesens
- EIME Prof. Dr. med. W. van Eimeren
Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung,
GSF München
Ingolstädter Landstr. 1, 8042 Neuherberg
- ENDR Prof. Dr. rer. nat. A. Endres
Leiter Software-Technologie
IBM Laboratorien
Schönaicherstr. 220, 7030 Böblingen

Autoren- und Literaturverzeichnis

- ENGE Dr. rer. pol. R. Engelbrecht
Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung
GSF München
Ingolstädter Landstr. 1, 8042 Neuherberg
- FERB Univ.-Prof. Dr. phil. Chr. von Ferber
Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 4000 Düsseldorf 1
- FICH Priv.-Doz. Dr. med. habil. B. Fichtl
Walther Straub-Institut für Pharmakologie und
Toxikologie der Ludwig-Maximilians-Universität
München
Nußbaumstr. 26, 8000 München 2
- FRIT Dr. phil. nat. R. Fritz
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
und Information
Weißhausstr. 27, 5000 Köln 41
- FUHR Univ.-Prof. Dr. med. W. Fuhrmann
Institut für Humangenetik, Medizinisches Zentrum für
Klinische Chemie, Klinische Immunologie und Human-
genetik, Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen
Schlangenzahl 14, 6300 Gießen
- GERC Univ.-Prof. Dr. med. J. Gerchow
stellv. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Rechts-
medizin
Kennedy-Allee 104, 6000 Frankfurt 70
- GIER Univ.-Prof. Dr. med. W. Giere
Abt. für Dokumentation und Datenverarbeitung, Zentrum
Med. Informatik (ZInfo), Klinikum der J. W. Goethe-
Universität
Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt a. Main 70
- GRAU Dr. med. B. Graubner
Abt. Medizinische Informatik, Georg-August-Universität
Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 3400 Göttingen
- GROS Prof. Dr. med. vet. Dr. med. vet. h. c. D. Großklaus
Präsident des Bundesgesundheitsamtes
Bundesgesundheitsamt
Postfach 33 00 13, 1000 Berlin 33
- HÄRT Prof. Dr. med. G. Härter
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Mozartstr. 18, 6838 Reilingen

- HANS Univ.-Prof. Dr. rer. pol. K. Hansen
Institut für Unternehmensforschung, Universität
Hamburg
Von-Melle-Park 5, 2000 Hamburg 13
- HECK Univ.-Prof. Dr. med. W. Ch. Hecker
Direktor der Kinderchirurgischen Klinik
Dr. von Haunersches Kinderspital der Universität
München
Lindwurmstr. 4, 8000 München 2
- HEID Priv.-Doz. Dr. rer. pol. habil. K. Heidenberger
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre und Operations
Research, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche
Fakultät,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Lange Gasse 20, 8500 Nürnberg 1
- HERD Dipl.-Phys. S. Herda
Institut für Systemtechnik (F2), Gesellschaft für
Mathematik und Datenverarbeitung mbH
Schloß Birlinghoven, 5205 St. Augustin 1
- HERM Univ.-Prof. Dr. med. P. Hermanek
Vorstand der Abteilung für Klinische Pathologie
Chirurgische Universitätsklinik Erlangen
Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen
- HÖHN Univ.-Prof. Dr. rer. nat. K.-H. Höhne
Institut für Mathematik und Datenverarbeitung
in der Medizin,
Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf,
Universität Hamburg
Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20
- IGEL Dr. rer. nat., Dipl.-Ing., Dipl.-Inform. B. Igel
seinerzeit Lehrstuhl für Datenbank- und Informations-
systeme (Informatik VI), Universität Dortmund
Postfach 50 05 00, 4600 Dortmund 50
- IMMI Prof. Dr. med. H. Immich
Sandkamp 9 d, 2252 St. Peter-Ording
- JANS Univ.-Prof. Dr.-Ing. R. Jansen
Abt. Maschinenbau, Fachgebiet Logistik
Universität Dortmund,
Postfach 50 05 00, 4600 Dortmund 50

Autoren- und Literaturverzeichnis

- JURE Dr. rer. pol. G. Juretzka
Abt. Medizinische Informatik, Georg-August-Universität
Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 3400 Göttingen
- KEMM Dipl.-Math. G. Kemmler
Institut für Biostatistik und Dokumentation der
Universität Innsbruck
Schöpfstr. 41, A-6020 Innsbruck
- KIES Dipl.-Math. M. Kieser
Schriftführer der Zertifikatskommission „Biometrie in der
Medizin“
Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische
Informatik der Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 325, 6900 Heidelberg 1
- KITT Univ.-Prof. Dr. med. G. Kittel
Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie an der Univ.-HNO-
Klinik
Waldstr. 1, 8520 Erlangen
- KLAR Univ.-Prof. Dr. rer. nat. R. Klar
Abt. Medizinische Informatik, Albert-Ludwigs-Universität
Stefan-Meier-Str. 26, 7800 Freiburg
- KLEI Univ.-Prof. Dr. med. P. Klein
Institut für Medizinische Mikrobiologie, Johannes-
Gutenberg-Universität Mainz
Obere Zahlbacher Str. 67, 6500 Mainz
- KLUG Prof. Dr. med. A. Kluge
Arzt für Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin am
Institut für Immunologie der Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 305, 6900 Heidelberg
- KNUT Dr. med. P. Knuth
Arzt für Anästhesiologie, Ärztlicher Geschäftsführer in der
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Str. 1, 5000 Köln 41
- KOSL Prof. Dr. med. L. Koslowski
em. Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik
Neuklinikum Schnarrenberg
Hoppe-Seyler-Str. 3, 7400 Tübingen 1
- KRÜC Univ.-Prof. Dr. rer. nat. F. Krückeberg
Präsident der Gesellschaft für Informatik e. V.
Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung mbH
Schloß Birlinghoven, 5205 St. Augustin 1

- KUHL K. Kuhlenkamp
Unternehmensberaterin; Alldata Service
Münsterstr. 304, 4000 Düsseldorf 30
- LANG Univ.-Prof. Dr. med. H.-J. Lange
Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie,
Klinikum rechts der Isar, Techn. Universität München
Ismaningerstr. 22, 8000 München 80
- LEVI Univ.-Prof. Dr. rer. nat. habil. P. Levi
Institut für Informatik, Technische Universität München
Orleansstr. 34, 8000 München 80
- LUNG Univ.-Prof. Dr. med. E. Lungershausen
Direktor der Psychiatrischen Klinik mit Poliklinik der
Universität Erlangen-Nürnberg
Schwabachanlage 6 und 10, 8520 Erlangen
- MAAS Dr.-Ing. K.-E. Maass
DFN-Verein
Postfach 15 02 09, 1000 Berlin 15
- MENN Univ.-Prof. Dr. med. H. D. Mennel
Leiter der Abt. Neuropathologie, Medizinisches Zentrum
für Pathologie, Klinikum der Philipps-Universität
Marburg
Baldingerstr., 3550 Marburg/Lahn
- MÖLL Dr.-Ing. D. P. F. Möller
Physiologisches Institut, Johannes-Gutenberg-
Universität Mainz
Saarstr. 21, 6500 Mainz
- NAUM Prof. Dr. med. P. Naumann
em. Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie
und Virologie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 4000 Düsseldorf 1
- NEUM Prof. Dr. med. G. Neumann
Stadtdirektor a. D.
Urachstr. 3, 7000 Stuttgart 1
- NIEM Univ.-Prof. Dr.-Ing. H. Niemann
Lehrstuhl für Informatik 5 (Mustererkennung) der
Universität Erlangen-Nürnberg
Martensstr. 3, 8520 Erlangen
- PAGE Univ.-Prof. Dr.-Ing. B. Page
Fachbereich Informatik, Universität Hamburg
Rothenbaumchaussee 67/69, 2000 Hamburg 13

Autoren- und Literaturverzeichnis

- PEIL F. Peil
Pflegedienstleiter
Städtisches Krankenhaus Gütersloh
Reckenberger Str. 19, 4830 Gütersloh 1
- POEC Univ.-Prof. Dr. med. K. Poeck
Vorstand der Abt. Neurologie der Medizinischen Fakultät
RWTH Aachen
Pauwelsstr., 5100 Aachen
- PORT Prof. Dr. rer. nat. A. J. Porth
Medizinisches Fachrechenzentrum Labordatenverarbeitung,
Zentrum Laboratoriumsmedizin, Medizinische
Hochschule Hannover
Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61
- PRÖB Dr. iur. K. Pröbsting
Ministerialrat im Bundesministerium für Arbeit und
Sozialordnung
Rheinblickstr. 38, 5342 Rheinbreitbach
- PUPP Dr. rer. nat. F. Puppe
Institut für Logik, Komplexität und Deduktionssysteme,
Universität Karlsruhe
Postfach 69 80, 7500 Karlsruhe 1
- REIC Dipl.-Soz. H. Reichelt
Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)
Kortrijker Str. 1, 5300 Bonn 2
- REIS Univ.-Prof. Dr. rer. nat. W. Reisig
Institut für Informatik der Technischen Universität
München
Arcisstr. 21, 8000 München 2
- RENS Univ.-Prof. Dr. med. H. Renschler
Institut für Didaktik der Medizin der Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 5300 Bonn 1
- RICH Univ.-Prof. Dr. rer. nat. M. M. Richter
Fachbereich Informatik, Universität Kaiserslautern
Postfach 30 49, 6750 Kaiserslautern
- RIEF Dipl.-Kfm. R. Riefenstahl
seinerzeit Institut für Krankenhausbau, Fachgebiet:
Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens,
Technische Universität Berlin
Straße des 17. Juni 135, 1000 Berlin 12

- RIHA Dr.-Ing. K. Rihaczek
Geschäftsführender Herausgeber der Zeitschrift
„Datenschutz und Datensicherung“
Fabriciusring 15, 6380 Bad Homburg 1
- ROLL I. Roller
seinerzeit Ltd. Lehrkraft der Lehranstalt für Diätassistenten-
tinnen der Med. Einrichtungen der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 4000 Düsseldorf 1
- ROTH Dr. sc. hum. M. Rothemund
seinerzeit Institut für Medizinische Informatik und System-
forschung, Gesellschaft für Strahlen- und Umweltfor-
schung mbH München
Ingolstädter Landstr. 1, 8042 Neuherberg
- SAUT Univ.-Prof. Dr.-Ing. K. Sauter
Abt. Medizinische Informatik und Statistik,
Klinikum der Universität Kiel
Brunswiker Str. 10, 2300 Kiel 1
- SCHM Univ.-Prof. Dr. med. G. Schmitt
Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 4000 Düsseldorf 1
- SCHÜ Dr. med. B. Schürenberg
Hals-Nasen-Ohrenarzt
Plessenstr. 13, 2380 Schleswig
- SEEL Priv.-Doz. Dr. sc. hum., Dipl.-Inform. Med. H.-J. Seelos
Lehrbeauftragter für Medizinische Informatik
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
RKD GmbH
Postfach 32 09 44, 4000 Düsseldorf 30
- SELB Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum., Dipl.-Math.
H.-K. Selbmann
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung,
Universität Tübingen
Westbahnhofstr. 55, 7400 Tübingen
- SILO Dr. med. H. Silomon
Ltd. Landesmedizinaldirektor a.D.
Internist-Sozialmedizin
Schölerbergstr. 22 B, 4500 Osnabrück
- STEI Univ.-Prof. Dr. iur. W. Steinmüller
Fachbereich Mathematik und Informatik der
Universität Bremen
Postfach 33 04 40, 2800 Bremen 33

Autoren- und Literaturverzeichnis

- STER Prof. Dr. med. W. Sterry
Abt. Dermatologie und Venerologie der Christian-Al-
brechts-Universität Kiel, Univ.-Hautklinik
Schittenhelmstr. 7, 2300 Kiel
- STRE M. Streppel
Ministerialrat im Bundesministerium für Jugend, Familie,
Frauen und Gesundheit
Heideweg 14, 5300 Bonn 3
- SYLL Dipl.-Math. K.-H. Sylla
Institut für Systemtechnik (F2),
Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung mbH
Schloß Birlinghoven, 5205 St. Augustin 1
- TAEG Hochschulassistent Dr. iur. J. Taeger
Institut für Rechtsinformatik (IRI), Universität Hannover
Hanomagstr. 8, 3000 Hannover 91
- THUL Univ.-Prof. Dr.-Ing. Dr. rer. nat. habil. R. Thull
Abteilung für Experimentelle Zahnmedizin,
Universitätsklinik und Polikliniken für Zahn-, Mund-
und Kieferkrankheiten, Universität Würzburg
Pleicherwall 2, 8700 Würzburg
- TRAM Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H.-J. Trampisch
Institut für Med. Informatik und Biomathematik,
Med. Einrichtungen der Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstr. 150, 4630 Bochum
- TUSC Dipl.-Math. G. Tusch
Institut für Medizinische Informatik,
Medizinische Hochschule Hannover
Konstanty-Gutschow-Str. 9, 3000 Hannover 61
- UNGE Prof. Dr. med. E. Ungeheuer
Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für
Katastrophenmedizin
Steinbacher Hohl 28, 6000 Frankfurt 90
- VOST Univ.-Prof. Dr. med. K.-H. Vosteen
Präsident der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher
medizinischer Fachgesellschaften
Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 4000 Düsseldorf 1
- WALT Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Walter
Dept. für Humanbiologie, Fachbereich Biologie,
Universität Bremen
2800 Bremen 33

- WEND Univ.-Prof. Dr. med. S. Wende
Institut für Klinische Strahlenkunde, Abt. für Neuroradiologie, Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität
Langenbeckstr. 1, 6500 Mainz
- WICH Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. H. E. Wichmann
Fachbereich Arbeitssicherheit und Umweltmedizin,
Bergische Universität – GH Wuppertal
Gaußstr. 20, 5600 Wuppertal 1
- WING Univ.-Prof. Dr. med., Dipl.-Math. F. Wingert †
Institut für Medizinische Informatik und Biomathematik,
Universität Münster
Domagkstr. 9, 4400 Münster
- WIRZ Dipl.-Volkswirt H.-J. Wirzbach
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Str. 3, 5000 Köln 41
- WOLL Dr. rer. pol., Dipl.-Kfm. M. Wollnik
seinerzeit Organisationsseminar der Universität zu Köln
Albertus-Magnus-Platz, 5000 Köln 41
- WOLT Prof. Dr. rer. pol. E. Wolters
Fachbereich Bibliothekswesen, Information,
Dokumentation,
Fachhochschule Hannover
Hanomagstr. 8, 3000 Hannover 91
- ZÜLL Dr.-Ing. H. Züllighoven
Institut für Systemtechnik (F2), Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung mbH
Schloß Birlinghoven, 5205 St. Augustin 1

Literatur:

- DEUT BÄK: Ärztliche Weiterbildungsordnung (Wortlaut nach den Beschlüssen des 90. Deutschen Ärztetages).
Deutsches Ärzteblatt 36 (1987) 1 – 14.
- DIN DIN 44300 (Informationsverarbeitung), Ausgabe 3. 72 und Entwurf Beiblatt 2 zu DIN 44300 Ausgabe 10. 85 „Wiedergegeben mit Erlaubnis des DIN Deutsches Institut für Normung e. V. Maßgebend für das Anwenden der Norm ist deren Fassung mit dem neuesten Ausgabedatum, die bei der Beuth-Verlag-GmbH, Burggrafenstr. 6, 1000 Berlin 30, erhältlich ist“.

Autoren- und Literaturverzeichnis

- DREW, KASS, STRN Drews, H.-L., Kassel, H., Strnad, P.:
Lexikon Datenschutz und Datensicherung.
(München: Siemens 1986).
- HANA Hansen, H. R.: Wirtschaftsinformatik I, 5. Auflage.
(Stuttgart: Fischer 1986).
- HANB Hansen, H. R.: Arbeitsbuch Wirtschaftsinformatik I.
(Stuttgart: Fischer 1984).
- PSCH Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syn-
dromen und Nomina Anatomica, 255. und 256. Auflage
(Berlin – New York: de Gruyter 1986 und 1990).
- RIEG Rieger, H.-J.: Lexikon des Arztrechts. (Berlin – New York:
de Gruyter 1984).

A

ABC-Analyse: Analysetechnik zur Erkennung und Bildung von Schwerpunkten bei Massenphänomenen. Die ABC-Analyse vollzieht sich nach folgenden Schritten: Erfassung der zu klassifizierenden Objekte (z. B. Artikel) und Herstellung einer absteigenden Rangfolge unter diesen anhand ihres Prozentanteils vom zuvor errechneten Gesamtwert einer Bezugsgröße (z. B. Umsatz). Anschließend werden in ein Koordinatensystem für jedes Objekt der kumulierte Prozentwert bzgl. der Gesamtzahl der Objekte eingetragen und die Objekte wertmäßig (nach freiem Ermessen) zu A-, B- und C-Positionen (Klassen) zusammengefaßt (die A-Position beinhaltet im Beispiel die umsatzstärksten Artikel).

Die ABC-Analyse wird vor allem in der Materialwirtschaft zur Festlegung von Dispositionsregeln, Benennung von Sicherheitsbeständen und zur Artikelbereinigung (bei C-Positionen) eingesetzt. [SEEL]

Abfragesprache: engl. query language; Sprache zur Wiedergewinnung von Informationen aus einer Datenbank. Typisch für eine Abfragesprache ist, daß der Benutzer keine Kenntnisse der zugrundeliegenden physischen Datenstrukturen oder Kenntnisse herkömmlicher Programmiersprachen wie z. B. COBOL oder FORTRAN benötigt. Man unterscheidet prozedurale, d. h. die Kontroll-Logik des Programms einbeziehende, und deskriptive, d. h. nur den Informationsbedarf* beschreibende, Abfragesprachen.

[SAUT]

Abgangskontrolle: ist nach Nr. 2 der Anlage zu § 6 BDSG eine der von § 6 Abs. 1 BDSG verlangten technischen und organisatorischen Maßnahmen, um die Ausführung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes sicherzustellen. Sie zielt im Zusammenwirken mit anderen Maßnahmen nach § 6 Abs. 1 BDSG darauf ab, sowohl „Personen, die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätig sind“, als auch alle anderen Personen, die zu Datenverarbeitungssystemen Zugang haben oder sich Zugang verschafft haben, daran zu hindern, Datenträger* unbefugt zu entfernen. Ziel der Maßnahme ist es einerseits, die unbefugte Kenntnisnahme personenbezogener Daten, ihre Änderung und Löschung zu verhindern; andererseits soll die Abgangskontrolle verhindern, daß die Verfügbarkeit der gespeicherten Daten durch die speichernde Stelle beeinträchtigt wird. Zu den Maßnahmen gehören Kontrollen der Taschen, des Gepäcks und der Garderobe aller Personen beim Abgang, verschließbare Datenträgerarchive und Kontrollen der abgehenden Datenträger.

Art und Umfang der zu treffenden Maßnahmen müssen in einem angemessenen Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck stehen. Ob die

abhängig

Verhältnismäßigkeit der Maßnahme beachtet wird, ist aus der Sicht des Betroffenen unter Berücksichtigung der Qualität und Sensibilität der Daten, des Verarbeitungszwecks und des Mißbrauchsrisikos zu bestimmen (Angemessenheitsgrundsatz*).

Die Landesdatenschutzgesetze enthalten eine entsprechende Regelung.
[TAEG]

abhängig: in der Statistik die Einschränkung der Variationsbreite für eine bestimmte Variable. Man unterscheidet:

1. „Real“ oder „nach der Erfahrung“ abhängig; z. B. Körperlänge und Körpergewicht vom Geschlecht. In den Begriffen „Kinderkrankheit“ oder „Alterspsychose“ steckt bereits die reale Abhängigkeit vom Alter. Wird ein Individuum in der Zeitfolge mehrfach gemessen, so sind diese Messungen real voneinander abhängig.

2. „Stochastische“ oder „formal rechnerische“ Abhängigkeit ergibt sich aus der Korrelationsanalyse. Eine positive oder negative Korrelation* braucht keine reale Abhängigkeit zu bedeuten.

3. In der Regressionsanalyse* nennt man die y-Variable abhängig. Besser ist die moderne Bezeichnung „Antwort-Variable“; Gegensatz: unabhängig*.
[IMMI]

Ablaufdiagramm: Darstellungstechnik zur Veranschaulichung komplexer Aussagen über die Funktionsweise und die dynamischen Eigenschaften (Ablaufstruktur) von Systemen. Ablaufdiagramme sind Blockschaltbilder, die auf den Symbolen der Graphentheorie basieren. Üblicherweise werden Tätigkeiten, Zustände, Bearbeitungsstationen u. ä. als geometrische Figuren (Knoten, Kreise oder Rechtecke), deren zeitliche Abfolge durch Pfeile dargestellt. Zur Verdeutlichung zeitlicher Abhängigkeiten werden z. B. in der Netzplantechnik nicht-zyklische Ablaufdiagramme benutzt. In der Informatik werden Ablaufdiagramme mit normierter Symbolik (DIN 66 001) u. a. zur Darstellung von Datenflußplänen* und Programmablaufplänen* eingesetzt; s. a. Blockdiagramm.
[IGEL, SEEL]

Ablauforganisation: s. Organisation.

Ablaufplanung: s. Lineare Programmierung.

Ablaufsteuerung: Steuerung eines Prozesses* mit zwangsläufig schrittweisem Ablauf, bei der das Weiterschalten von einem Schritt auf den programmgemäß folgenden in Abhängigkeit von zeit- oder prozeßorientierten Bedingungen erfolgt, z. B. die Ausführung eines Programms durch das Betriebssystem* (vgl. DIN 19 237).
[IGEL, SEEL]

Ablehnungsbereich: syn. kritischer Bereich. Der Wertebereich einer Teststatistik* zerfällt in zwei disjunkte (= sich ausschließende) Teilmengen, den **Annahmehbereich** und den Ablehnungsbereich. Fällt bei einem statistischen Test der aus den Beobachtungen ermittelte Wert der Teststatistik in den

Absentismus

Ablehnungsbereich, ist die Nullhypothese* zu verwerfen, fällt er in den Annahmehbereich, läßt sich die Nullhypothese nicht verwerfen.

[IMMI, KEMM]

Ableitung: in der Medizin das Abgreifen elektrischer Biopotentiale mittels Elektroden zum Nachweis von Potentialdifferenzen an Geweben, Organen; z. B. als Elektrokardiographie, Elektroenzephalographie, Elektroretinographie, Elektromyographie. [SEEL]

Ableitungssuffix: syn. für Derivationsuffix*.

Abnahme: die zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer vereinbarte Prüfung der vom Auftragnehmer erbrachten Leistungen und/oder übergebenen Produkte durch den Auftraggeber anhand des bei Auftragserteilung beschriebenen Auftrags; z. B. der Funktionstest (Leistungs- und Zuverlässigkeitsprüfung) einschließlich der Überprüfung der Benutzerdokumentation* nach den Spezifikationen des Pflichtenheftes* bei der Abnahme eines Anwendungssystems*. Die Abnahme ist i. d. R. dem Auftragnehmer schriftlich zu bestätigen. [SEEL]

ABNull-System: in der Medizin das zuerst von Landsteiner 1901 entdeckte Blutgruppensystem des Menschen. Die nach den Mendel-Gesetzen vererbten konstanten Antigen-Eigenschaften menschlicher Erythrozyten gestatten eine Einteilung in vier Gruppen: A, B, AB und 0 (z. T. mit Untergruppen A₁, A₂, A₁B, A₂B und Varianten, z. B. A_x, A_xB). Wichtiges System für immunologische, immunchemische, humangenetische und anthropologische Forschung; zusammen mit anderen Zelleigenschaften von Bedeutung bei Bluttransfusion und Transplantation. [SEEL]

Abrechnungsprogramm: s. Job accounting.

Abrufbetrieb: Betriebsart eines Datenverarbeitungssystems, bei der eine zentrale Instanz (Zentraleinheit*) nach einer festgelegten Vorschrift Daten von Benutzerstationen* abrufen (vgl. DIN 44 300). [IGEL, SEEL]

Abrufen: in § 2 Abs. 2 Nr. 2 BDSG unter dem Begriff des Übermitteln* aufgeführt. Datentechnisch ist Abrufen ein Lesen von Daten. [SEEL]

Abschirmung: sämtliche Mittel und Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, elektronische Geräte (z. B. Bildschirme, Mikrocomputer) vor Zerstörung durch die Einwirkung elektromagnetischer Wellen ausreichender Stärke zu schützen und eine ausreichende Abstrahlsicherheit* herzustellen. [SEEL]

Absentismus: Bezeichnung für die Häufigkeit des Fehlens am Arbeitsplatz, im allgemeinen Sinn auch Bezeichnung für ein ungeregeltes Arbeitsverhalten. [SEEL]

Absolute Häufigkeit

Absolute Häufigkeit: die Anzahl der Beobachtungen mit einer bestimmten Merkmalsausprägung oder in einer bestimmten Klasse*; s. a. Relative Häufigkeit. [KEMM]

Absorption: 1. (physik.) a) Schwächung der Strahlungsintensität von elektromagnetischen Wellen u. ionisierender Strahlung beim Durchgang durch Materie; die Absorption beruht auf Umwandlung der Strahlungsenergie in eine andere Energieform, z. B. Wärme, chem. Energie, Licht anderer Wellenlänge und nimmt mit der Dicke und Dichte des durchstrahlten Mediums zu. Die Absorption bestimmter Wellenlängen des weißen Lichts ist die Ursache der Farben; b) Lösung, d. h. molekulare gleichmäßige Verteilung eines Gases in einer Flüssigkeit oder in einem festen Körper; Zunahme mit der Erhöhung des Drucks, Abnahme mit zunehmender Temperatur.

2. Die Absorption von ionisierender Strahlung (insbes. durch Elemente hoher Ordnungszahl, z. B. Blei, Barium, Jod) dient zur röntgenographischen Kontrastdarstellung von Hohlräumen und Weichteilorganen, als Strahlenschutz für Röntgenpersonal oder z. B. in Form von Beton bzw. Schwer- oder Barytbeton zur Erzielung des vorgeschriebenen Strahlenschutzes in Gebäuden, beim Betrieb von Röntgenanlagen, Beschleunigern oder in der Nuklearmedizin.

3. In der Photometrie wird die Absorption monochromatischen Lichts zur Konzentrationsbestimmung von Lösungen angewandt.

4. In der Verdauungsphysiologie wird Absorption international gebraucht für den im deutschen Sprachraum üblichen Begriff Resorption.

5. (serol.) Absättigung eines Antikörpers mit dem homologen gelösten Antigen.

6. (pharmak.) s. Resorption. [PSCH]

Abstimminstanz: syn. Beratungsinstanz; Einheit einer Projektorganisation* mit ausschließlicher Beratungsfunktion; Gegensatz: Entscheidungsinstanz*. [SEEL]

Abstrahlsicherheit: Eigenschaft elektronischer Geräte (z. B. Bildschirme, Mikrocomputer), technisch bedingt abgegebene Strahlung (z. B. elektromagnetische Wellen) durch besondere technische Voraussetzungen so abzuschirmen, daß eine unbefugte Rekonstruktion von (Ausgabe-)Daten (**kompromittierende Abstrahlung**) sowie eine gesundheitliche Schädigung des Benutzers verhindert wird; s. a. Abschirmung. [SEEL]

Abstrahlung, kompromittierende: s. Abstrahlsicherheit.

Abstraktion: Zusammenfassung von Einzelbegriffen unter Berücksichtigung spezieller Aspekte; Methode zur Reduktion der Komplexität; Gegensatz: Konkretisierung*. [RICH]

Abstrich: Entnahme von Untersuchungsmaterial von Haut- u. Schleimhautoberflächen zur mikrobiologischen oder zytologischen Diagnostik; vgl. Zytodiagnostik. [PSCH]

Absturz: s. Programmabbruch.

Abtaster: **1.** Funktionseinheit, die ein Eingangssignal zu festgelegten Zeitpunkten erfaßt (Zeitraasterung) und als eine Folge von Einzelsignalen überträgt; s. Analog-Digital-Umsetzer; **2.** s. Scanner. [IGEL, SEEL]

Abusus: Mißbrauch; von der Weltgesundheitsorganisation definiert als die Anwendung von Pharmaka ohne medizinische Indikation bzw. in übermäßiger Dosierung. [SEEL]

Ad-Hoc-Gruppe: zufällig entstehende und sich rasch wieder auflösende Interaktionsbeziehungen bei Personen; z. B. bei Patienten im Wartezimmer einer Arztpraxis. [SEEL]

Adresse: in der Informatik ein bestimmtes Wort* zur Kennzeichnung einer Speicherstelle*, eines zusammenhängenden Speicherbereiches oder auch einer Funktionseinheit. Man unterscheidet absolute (direkte), indirekte, indizierte und virtuelle Adressen; s. a. Adressierverfahren. [IGEL, SEEL]

Adressierverfahren: Methoden in der Informatik zur Ermittlung der Adresse* eines Datensatzes bei einem Speicher mit wahlfreiem Zugriff. Man unterscheidet die direkte, die indirekte, die indizierte und die virtuelle Adressierung. Bei der **direkten Adressierung** ist der Ordnungsbegriff eines Datensatzes numerisch so aufgebaut, daß er unmittelbar als Speicheradresse verwendet werden kann. Bei der **indirekten Adressierung** wird nach einem festgelegten Suchverfahren (z. B. mit Hilfe von B-Bäumen) oder Umrechnungsverfahren (z. B. Hash*-Funktion) aus dem Ordnungsbegriff die jeweilige Adresse gewonnen. Bei der **indizierten Adressierung** wird, ausgehend vom Ordnungsbegriff, über hierarchisch aufgebaute Adreßtabellen die gesuchte Adresse ermittelt. Bei der **virtuellen Adressierung** erfolgt eine Trennung in programmiertechnische Adressierung und Hardwareadressierung auf einem konkreten Datenverarbeitungssystem. Die Umrechnung wird meist durch eine MMU* unterstützt. [IGEL, SEEL]

Adreßraum: in der Informatik die Menge aller aufgrund des Adreßaufbaus eines Datenverarbeitungssystems formulierbaren Adressen* zur Kennzeichnung einer Speicherstelle* (Maschinenadressen). Man unterscheidet den virtuellen (Software) und den physikalischen (Hardware)Adreßraum. [IGEL, SEEL]

ADU

ADU: Abk. für Analog*-Digital-Umsetzer.

ADV: Abk. für Automatisierte* Datenverarbeitung.

ADV-System: Abk. für automatisiertes Datenverarbeitungssystem; s. Datenverarbeitungssystem.

A/D-Wandler: syn. für Analog*-Digital-Umsetzer.

Änderungsdienst: in der Informatik das Ändern von Daten und Programmen infolge einer Veränderung realer Sachverhalte, ursprünglicher Bedingungenlagen oder Fehler (Korrekturdienst); i. e. S. das Aktualisieren (updating) und Fortschreiben von Dateien. [IGEL, SEEL]

Äquivokation: s. Entropie.

Ärztehaus: **1.** Bezeichnung von Verwaltungsgebäuden der ärztlichen Körperschaften und Verbände (z. B. Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und freie ärztliche Verbände). **2.** Gelegentlich noch gebräuchliche Bezeichnung von Gebäuden, in denen mehrere Arztpraxen untergebracht sind. Diese Bezeichnung ist aber nach der Rechtsprechung unzulässig. [SEEL]

Ärztekammer: vom Gesetzgeber als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichtete Berufsorganisation, der jeder Arzt kraft Gesetzes angehört. Die Ärztekammern (eine in jedem Bundesland, zwei in Nordrhein-Westfalen) unterliegen staatlicher Aufsicht. Sie sind in der Bundesärztekammer, deren Hauptversammlung der Deutsche Ärztetag ist, zusammengeschlossen. Die Ärztekammern regeln in den Berufsordnungen und im weiteren Standesrecht die Berufsausübung (z. B. in bezug auf das Verhalten der Ärzteschaft gegenüber Patienten oder untereinander und im Hinblick auf die pflichtgemäße Fortbildung und die freiwillige Weiterbildung) und überwachen die Einhaltung der Berufspflichten. Verstöße werden auf Antrag der Ärztekammer durch staatliche Berufsgerichte geahndet. [SEEL]

Ärztemuster: Proben von Arzneimitteln, die den Ärzten von den Herstellern unentgeltlich zur Erprobung ihrer Wirksamkeit überlassen und von den Ärzten teils unmittelbar am Patienten angewandt, teils dem Patienten zur Anwendung nach ärztlicher Anweisung mitgegeben werden. Sie sind mit dem Hinweis „unverkäufliches Muster“ zu kennzeichnen. [RIEG]

Ärztlicher Dienst: Gesamtheit der mit der medizinischen Versorgung von Patienten beauftragten ärztlichen Mitarbeiter eines Krankenhauses. Hierzu zählen: der leitende Arzt des Krankenhauses bzw. das Kollegium der leitenden Gebietsärzte*, die Fachbereichsleiter, die leitenden (hauptamtlich tätigen) Gebietsärzte (Chefärzte), die als Belegarzt tätigen Gebietsärzte, die Konsiliarärzte sowie Ober- und Assistenzärzte. [RIEF]

Ärztliche Schweigepflicht

Ärztlicher Direktor: Arzt, dem die Organisation und Beaufsichtigung des Krankenhausbetriebes insgesamt in ärztlicher Hinsicht obliegt und der in aller Regel zugleich ärztlicher Leiter einer Fachabteilung im Krankenhaus ist; s. a. Krankenhausdirektorium. [RIEG]

Ärztliche Schweigepflicht: Ein Patient muß sich dem Arzt und seinen Hilfspersonen frei offenbaren können, ohne die unbefugte Weitergabe der häufig sehr sensiblen Patientendaten befürchten zu müssen (vgl. BVerfG, NJW 1972, S. 1124). Diesem Interesse des Patienten trägt die ärztliche Schweigepflicht Rechnung.

Das informationelle* Selbstbestimmungsrecht des Patienten – aus traditioneller Sicht auch das Selbstverständnis des Arztes als Vertrauter der Patienten und als Hüter ihrer Geheimnisse – findet seinen Ausdruck in der berufsständischen und gesetzlichen Verpflichtung des Arztes und anderer Medizinalpersonen zur Verschwiegenheit.

Die ärztliche Schweigepflicht war als berufsständischer Codex etwa in Indien und Ägypten bereits lange vor unserer Zeitrechnung bekannt. Im Hippokratischen* Eid heißt es: „Was ich aber während der Behandlung höre oder sehe oder auch außerhalb der Behandlung im gewöhnlichen Leben erfahre, das will ich, soweit es außerhalb nicht weitererzählt werden soll, verschweigen, indem ich derartiges für ein Geheimnis ansehe.“

Die vom 79. Deutschen Ärztetag 1976 verabschiedete Muster-Berufsordnung der deutschen Ärzte (MuBO) – die von den Ärztekammern der Länder aufgrund gesetzlicher Ermächtigung als autonome Satzung erlassen wurde und auf diesem Wege die Ärzte bindet – formuliert die allgemeine berufsethische Überzeugung in § 2.

Geheimzuhalten sind alle Informationen aus dem Arzt-Patient-Verhältnis; schon über die Tatsache einer Heilbehandlung ist Verschwiegenheit zu wahren. Auch die bei der Behandlung in Erfahrung gebrachten Geheimnisse Dritter (Erbkrankheiten; Kontaktpersonen etc.) unterliegen der Geheimhaltungspflicht (sog. Drittgeheimnisse).

Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch unbefugte Offenbarung* ist nach § 203 Abs. 1 StGB als Vergehen strafbar. Wird die Schweigepflicht von einem Amtsträger usw. verletzt, besteht Tateinheit mit § 353 b StGB. Nach § 203 Abs. 1 StGB wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert (Krankenschwestern und -pfleger, Hebammen, MTA, Krankengymnasten, medizinische Bademeister u. ä.; nicht: Heilpraktiker) anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. In die Verschwiegenheitspflicht einbezogen sind auch die Gehilfen dieser Berufsträger sowie diejenigen Personen, die bei den Schweigepflichtigen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind (§ 203 Abs. 3 StGB). Zu den Gehilfen gehören etwa auch die mit der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung der Patienten-

Ärztliche Schweigepflicht

daten befaßten Angestellten; z. B. Medizinische* Informatiker. Die Schweigepflicht besteht auch nach dem Tod des Patienten fort. Die Strafverfolgung setzt nach § 205 StGB einen Strafantrag des in seinem Persönlichkeitsrecht verletzten Patienten – nach seinem Tod der von ihm Bestimmten oder seiner Angehörigen – voraus. Neben § 203 StGB sind die Strafvorschriften des BDSG und der Landesdatenschutzgesetze (s. a. Zwei-Schranken-Prinzip) zu beachten. § 45 Satz 3 BDSG enthält zur Klarstellung den Hinweis, daß die Verpflichtung zur Wahrung des ärztlichen Geheimnisses (§ 203 Abs. 1 StGB) durch die Anwendung des BDSG unberührt bleibt.

Der berufsethische und strafrechtliche Persönlichkeitsschutz der Patienten wird ergänzt durch die sozialrechtliche Geheimhaltungspflicht nach § 35 SGB I (Sozialgeheimnis*). Sie gewährt dem Patienten einen subjektiv-öffentlichrechtlichen Unterlassungsanspruch gegen das unbefugte Offenbaren von Sozialdaten*, die medizinische Daten einschließen. Nach § 76 Abs. 1 SGB X sind die Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht auch von den Sozialleistungsträgern und den anderen in § 35 SGB I genannten Stellen zu beachten (Einschränkung in § 76 Abs. 2 SGB X).

Bei Inanspruchnahme von im öffentlichen Dienst tätigen Medizinalpersonen geben die besonderen Amtsverschwiegenheitspflichten (§§ 39 BRRG, 61 BBG) und die Strafandrohung gegenüber Amtsträgern usw. bei Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 353 b StGB) einen weiteren Schutz. Bei einer Offenbarung* innerhalb der Behörde garantieren allerdings nur §§ 203, 353 b StGB einen effektiven Geheimnisschutz. In einigen Bundesländern sind desweiteren die bereichsspezifischen Datenschutzvorschriften der Landeskrankenhausesetze und der Krebsregistergesetze* zu beachten.

Ob Patientendaten an mitbehandelnde Ärzte weitergegeben werden dürfen, ist umstritten. Nach wohl noch herrschender Meinung ist eine mutmaßliche oder konkludente* Einwilligung des Betroffenen wirksam. Widerspricht der Patient der Weitergabe, ist der Arzt auch mitbehandelnden Kollegen gegenüber zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Eine von der ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen nicht umfaßte Weitergabe von nicht-anonymisierten Patientendaten für Zwecke der Forschung, etwa zur Aufnahme in ein Krebsregister*, ist unzulässig, solange keine entsprechende gesetzliche Befugnisnorm vorliegt. Entgegen dem Wortlaut von § 2 Nr. 7 MuBO kann der Arzt nicht selbständig darüber befinden, ob das „berechtigte Interesse des Patienten“ bei einer Verarbeitung zu Forschungszwecken verletzt würde. Das auch im Arzt-Patient-Verhältnis zu beachtende informationelle Selbstbestimmungsrecht schließt diese Entscheidungsfreiheit des Arztes aus (zur Offenbarung von Sozialdaten zu Forschungszwecken: § 75 SGB X).

Verfügberechtigt über die dem Arzt oder diesem gemäß § 203 StGB gleichgestellte Personen mitgeteilten bzw. über die vom Arzt erhobenen Patientendaten ist der Patient. Dieser hat nicht nur einen Anspruch auf Geheimhaltung, sondern auch darauf, die sich auf seine Person beziehenden Informationen zu kennen (BGH, NJW 1983, S. 328). Bei Anwendbarkeit des BDSG (dateimäßige Verarbeitung der Daten) hat der Patient zudem

Ärztliche Schweigepflicht

Anspruch auf schriftliche Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten aus § 26 Abs. 2 BDSG. Die Auskunft muß für die betroffene Person verständlich sein. Fachausdrücke sind erforderlichenfalls zu erklären. Nur unter äußerst engen Voraussetzungen kann die Auskunft über medizinische Daten im Interesse des Ersuchenden verweigert werden, wenn die Auskunft den Heilerfolg ernsthaft gefährden würde (§ 26 Abs. 4 Nr. 3 BDSG, § 7 Abs. 3 Satz 1 Nds. PsychKG; vgl. auch BGH, NJW 1983, S. 330). Der Patient kann außerdem eine Übermittlung der sich auf seine Person beziehenden Daten an von ihm benannte Dritte verlangen. Die Auskunft bzw. Übermittlung kann grundsätzlich nicht unter Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht verweigert werden; die ärztliche Schweigepflicht dient dem Schutz des Persönlichkeitsrechts des Patienten und nicht der ungestörten Berufsausübung oder anderen Interessen des Arztes (vgl. BVerfG, NJW 1972, S. 1123 ff.). Dies gilt auch dann, wenn die Daten gleichzeitig personenbezogene Daten des Arztes enthalten, etwa in Form von Hinweisen auf Diagnoseleistungen, Behandlungsmethoden oder auch ärztliche Kunstfehler. Nur unter sehr engen Voraussetzungen, bei entgegenstehenden überwiegenden rechtlichen Interessen einer dritten Person (§ 13 Abs. 3 Nr. 4 BDSG), kann im Fall eines mehrfachen Personenbezugs bei Daten aus dem Arzt-Patient-Verhältnis ausnahmsweise eine Beschränkung des Auskunftsanspruchs zum Schutz der rechtlichen Interessen beispielsweise des Arztes (vgl. § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO, § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO) zulässig sein (BGH, NJW 1983, S. 330).

Aufgrund der Tatsache, daß Informationen aus dem Arzt-Patient-Verhältnis zwangsläufig – etwa aufgrund gesetzlicher Informationspflichten oder nach einer Einwilligung – auch an andere Stellen (Apotheke, Kassenärztliche Verrechnungsstelle, Krankenkasse u. a.) gelangen, deren Mitarbeiter nicht in jedem Fall (vgl. aber § 76 SGB X) der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und die Adressaten gesetzlicher Informationspflichten sind, wurde die ärztliche Schweigepflicht – zu Unrecht – als „Fiktion“ bezeichnet. Der Hinweis macht jedoch deutlich, daß die „ärztliche Schweigepflicht“ ein Teil des Informationsrechts* (Datenverkehrsrechts) ist, das nur insgesamt das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, sei es auch nur in seiner „Rolle“ als Patient, sicherzustellen vermag.

Bestehen gesetzliche Informationspflichten (z. B. §§ 3 ff. BSeuchG; § 1 ff. GeschlechtskrankheitenG; § 16 PStG; § 125 Abs. 3 BSHG; §§ 292 ff. SGB V; nicht: § 1543 d Abs. 1 RVO oder § 60 SGB I), ist der Arzt zur Weitergabe der Patientendaten oder der sog. Drittgeheimnisse befugt. Aufgrund der bereits vom Gesetzgeber vorgenommenen Interessenabwägung tritt die ärztliche Schweigepflicht gegenüber der Informationspflicht zurück. Schwierigkeiten können für den Arzt auftreten, wenn er selbst zwischen dem Patienteninteresse an der Geheimhaltung und den Interessen Dritter an der Offenbarung abwägen muß (z. B. bei § 138 StGB).

Da das Schutzgut das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Patienten ist, haftet der Arzt (und seine Gehilfen, § 831 BGB) bei einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht auch zivilrechtlich. Bei Verletzung des allgemei-

Ätiologie

nen Persönlichkeitsrechts gibt § 823 Abs. 1 BGB einen Schadensersatzanspruch. Mögliche weitere Anspruchsgrundlagen können §§ 824, 826 BGB und – bei Vermögensschäden – §§ 249 ff. BGB sein. Zum Schutz vor weiteren Beeinträchtigungen besteht ein Unterlassungsanspruch. [TAEG]

Ätiologie: Krankheitsursache. Die traditionelle medizinische Ätiologielehre geht aus von den genetischen Anlagen einerseits und physiko-chemischen, auch psycho-sozialen Einflüssen auf den Organismus (z. B. Unfälle, Katastrophen, Infekte, Stress) andererseits. Als Ergebnis der Streßforschung und der Epidemiologie* sind insbesondere bei chronisch-degenerativen Erkrankungen ferner psychische und soziale Faktoren wie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, Arbeitszufriedenheit, Rollenkonflikte, Schichtzugehörigkeit, Reaktion auf Leistungsdruck, soziale Desintegration, Lebensereignisse (wie Scheidung, Tod naher Angehöriger) u. ä. als ursächliche Faktoren bei der Krankheitsentstehung zu berücksichtigen. [ANSC]

ätiotrop: auf die (Krankheits-)Ursache gerichtet. [SEEL]

Affektion: Befall durch eine Krankheit. [PSCH]

Afterloading-Verfahren: sog. Nachladetechnik; Form der intrakavitären Strahlentherapie, bei der zunächst ein leerer Applikator in d. zu bestrahlende Körperhöhle (v. a. Uteruskavum) eingelegt u. das Radionuklid erst anschließend automatisch eingebracht wird. Das Afterloading-Verfahren vermindert die Strahlenbelastung des beteiligten Personals erheblich. [PSCH]

Agens: Wirkstoff, wirksames Prinzip; z. B. Krankheitserreger, krankheitserregende Wirkung. [SEEL]

AI: Abk. für engl. Artificial Intelligence; s. Künstliche Intelligenz.

AIp: Abk. für Arzt* im Praktikum.

Akademisches Lehrkrankenhaus: s. Lehrkrankenhaus.

Akkommodation: die funktionelle Anpassung eines Organs oder Organismus an die jeweilige Aufgabe; z. B. der Vorgang der BrechwertEinstellung des Auges auf eine bestimmte Objektentfernung. [SEEL]

Akkumulator: Register* in einem Rechenwerk* zur Ausführung von Rechenoperationen, wobei es ursprünglich einen Operanden und nach durchgeführter Operation das Ergebnis enthält (vgl. DIN 44 300). [IGEL, SEEL]

Aktenlose Sachbearbeitung: Form der Sachbearbeitung, bei der die zur Bearbeitung von Geschäftsvorgängen notwendigen Akten auf elektronischen Speichermedien (peripheren* Speichern) und/oder auf Mikrofilmdateien bereitgestellt werden. [SEEL]

Aktion im Gesundheitswesen, konzertierte: s. Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Aktuarmethode: heuristisches Verfahren zur direkten Bestimmung einer Sterbetafel*; von Bedeutung zur Darstellung des Überlebensverhaltens, z. B. von Patientengruppen mit einer bestimmten Krankheit zur Bilanz des Behandlungserfolges einer Klinik, oder zur Auswertung von kontrollierten klinischen Studien oder von Kohortenstudien in der Epidemiologie* (s. Studientypen der Epidemiologie). Ziel der Aktuarmethode ist die Berechnung von Überlebensraten als Schätzwerte für Überlebenswahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit von der Zeit. Diese Schätzwerte werden als Kurve (genauer gesagt als Polygon) mit der Zeit als Abszisse gezeichnet und sind selbstverständlich informativer als die alleinige Verwendung der 5-Jahres-Überlebensrate. An die Stelle des Zielereignisses „Tod“ können auch andere Zielereignisse treten, z. B. Beginn oder Bekanntwerden einer Krankheit, Zeitpunkt der Unbrauchbarkeit eines Werkstückes in der technischen Statistik. Die Aktuarmethode soll am Beispiel der Berechnung von Überlebensraten von Patientinnen mit Mammakarzinom einer Klinik in einem Zeitraum dargestellt werden.

Bei Anwendung der Methode sind folgende Schritte zu vollziehen:

1. Definition der Patientinnenkohorte, z. B. alle Patientinnen, deren Behandlung wegen Mammakarzinom im Zeitraum zwischen dem 1.1.1975 und dem 31.12.1984 in der Klinik begonnen hat.

2. Übergang von der Kalenderzeit auf eine individuelle Zeitachse. Neuer Nullpunkt für jede Patientin ist der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns. Von diesem Nullpunkt aus wird die Zeit gerechnet: z. B. 1, 2, 3 etc. Jahre nach Behandlungsbeginn. Stellt man die Verläufe der Patientinnen als Striche über einer Kalenderzeitachse dar, dann bedeutet der Übergang zur individuellen Zeitachse ein „Zurückschieben“ aller Verläufe hinter die „Startlinie“: Behandlungsbeginn.

3. Bei diesem „Zurückschieben“ der Fälle hinter die „Startlinie“ bleibt es nicht aus, daß z. B. eine Patientin, deren Behandlung am 1.2.1982 begonnen hat und die bis zum Stichtag des Studienendes lebte und in Beobachtung war, nur 2 Jahre und 11 Monate an Beobachtungszeit beitragen kann. Solche Fälle werden „abgeschlossene Teilbeobachtungen“ genannt (withdrawals). Daneben gilt es Patientinnen, deren Vitalstatus sich am Stichtag des Studienendes nicht aufklären ließ, die also aus der Beobachtung ausgeschieden sind: „vorzeitig Ausgeschiedene“ (lost cases, drop outs). Die Zahl der zu Beginn eines Jahres x lebenden Fälle l_x teilt sich also während der Beobachtungszeit ($x, x + 1$) in vier disjunkte Untergruppen auf, deren Fallzahlen wie folgt bezeichnet werden: a) l_{x+1} = Zahl der

Akupunktur

Lebenden zum Zeitpunkt $x + 1$, b) d_x = Zahl der während des Jahres (x , $x + 1$) Gestorbenen, c) w_x = Zahl der abgeschlossenen Teilbeobachtungen im Zeitraum von x bis $x + 1$, d) u_x = Zahl der von x bis $x + 1$ vorzeitig Ausgeschiedenen.

4. Berechnung eines korrigierten Anfangsstandes: Falls w_x und u_x gleich 0 sind, bestimmt man die Sterberate für den Zeitraum von x bis $x + 1$ als $q_x = d_x/l_x$. Falls w_x und u_x nicht gleich 0 sind, was meist der Fall sein dürfte, macht man die Annahme, daß diese Fälle im Durchschnitt ein halbes Personenjahr* in der Periode (x , $x + 1$) unter Beobachtung waren. Es erfolgt nun der Übergang vom Denken in Fallzahlen zum Denken in Personenjahren. Falls man nur Fälle mit voller Information hätte, d. h. Fälle, die während x und $x + 1$ entweder lebten oder starben, dann hätte man l_x Jahre mit voller Information. Da man aber – laut Annahme – $u_x + w_x$ Fälle mit je einem halben Jahr Beobachtungszeit berücksichtigen muß, zieht man zur Berechnung eines korrigierten Anfangsstandes l'_x die Personenjahre der abgeschlossenen Teilbeobachtungen und der vorzeitig ausgeschiedenen von l_x ab, also $l_x - (u_x + w_x)/2$.

5. Ermittlung der Sterberate $q_x = d_x/l'_x$.

6. Bestimmung der Überlebensrate $p_x = 1 - q_x$.

7. Berechnung der kumulierten Überlebenswahrscheinlichkeiten von $i = 1$ bis $i = x$ als $\prod_{i=1}^x p_i$, also $p_1 \cdot p_2 \cdot p_3 \cdot \dots \cdot p_x$ nach dem Multiplikationssatz für bedingte Wahrscheinlichkeiten. Die Werte werden dann als Polygon (Kurve) in ein Koordinatensystem mit den Jahren nach Behandlungsbeginn als Abszisse und den kumulierten Überlebenswahrscheinlichkeiten als Ordinate eingezeichnet.

Der Aktuarsmethode liegt die Basisannahme zugrunde, daß vorzeitig ausgeschiedene Fälle und solche mit abgeschlossener Teilbeobachtung bei vollständiger Kontrolle zwischen Studienanfang und Studienende dieselbe Überlebenswahrscheinlichkeiten hätten wie die Fälle mit kompletter Information (komplette Information bedeutet: entweder während der gesamten Studiendauer am Leben oder gestorben).

Ein anderes häufig verwendetes Verfahren zur Schätzung von Überlebenswahrscheinlichkeiten ist die Methode nach *Kaplan-Meier*. Ein Signifikanztest für den Kurvenvergleich ist z. B. der Log-rank-Test. [LANG]

Akupunktur: chines. Originalbezeichnung Zhen Jiu, Nadelstechen u. Räuchern mit Moxa; aus der chines. Medizin stammende Therapiemethode (ca. 20 versch. Techniken) gegen funktionelle Störungen u. Schmerzerkrankungen. Ursprünglich auf einem vorwissenschaftlichen qualitativen Entsprechungssystem aufbauend, ist die Akupunktur heute auf d. Nervensystem (Vegetativum) beziehbar u. in ihrer Wirkung z. T. naturwissenschaftlich erklärbar. Träger der Akupunkturwirkung sind d. bekannten Leitungsbahnen (u. a. periphere Nerven), aber auch das Zentralnervensystem. Die Wirkung der Akupunktur basiert auf den neuralen Beziehungen zw. ober-

flächl. Körperschichten (Haut, Muskeln) u. inneren Organen. Die vorwissenschaftliche Medizin Chinas unterschied 14 Meridiane mit ca. 700 Hauptakupunkturpunkten, die histologisch eine Anhäufung rezeptiver Hautelemente (wie Merkel-Tastscheiben, Meissner-Körperchen u. a.) aufweisen. In der Elektroakupunktur wird aus Stromstärkendifferenzen im μA -Bereich auf den Funktionszustand des Körpers geschlossen. [PSCH]

Akustikkoppler: Datenübertragungseinrichtung für das Fernsprechnet, die den Handapparat eines Fernsprechers benutzt, um die Verbindung zum Übertragungsweg mittels akustischer Schwingungen herzustellen. Verwendete Akustikkoppler müssen von der Deutschen Bundespost zugelassen sein und werden im Gegensatz zum fest angeschlossenen Modem* nicht von der Bundespost vermietet. [IGEL, SEEL]

akut: plötzlich auftretend, schnell, heftig verlaufend; Gegensatz: chronisch*. [PSCH]

Akutkranker: im Gegensatz zum Langzeitkranken (s. Alters- und Langzeitkranke) ein Patient, der kurzfristiger, intensiver ärztlicher und pflegerischer Betreuung bedarf; s. a. Notfallpatient. [SEEL]

Akzeptanz: die Bereitschaft von Personen, ein durch technische Mittel oder ökonomische Maßnahmen angesonnenes Verhalten zu vollziehen; bezogen auf ein Anwendungssystem* die Bereitschaft eines Benutzers, das angebotene Nutzungspotential in vorher definiertem Umfang zur Lösung seiner Aufgaben einzusetzen; s. a. Partizipatives Systemdesign. [SEEL]

Algebra, Boolesche: s. Boolesche Algebra.

Algorithmus: eine allgemein anwendbare Vorschrift zur Lösung einer Aufgabe. Die Beschreibung des Algorithmus muß endlich und jeder beschriebene Schritt elementar durchführbar sein. Konkrete programmiersprachliche oder hardwaremäßige Realisierungen von Algorithmen sind Programme*; s. a. Church'sche These. [IGEL, SEEL]

Allergologie: Lehre von der Allergie. Als Allergie bezeichnet man die durch Kontakt mit immunogenen (antigenen) Substanzen (Allergene) erworbene, gegenüber der Norm abweichende Bereitschaft, nach erneutem Kontakt mit diesem Antigen mit bestimmten krankhaften Erscheinungen zu reagieren. Früher wurde Allergie als Überbegriff über verstärkte Reaktion (Überempfindlichkeit, Hyperergie), abgeschwächte Reaktion (Hypergie) und das völlige Fehlen einer solchen (Anergie) verwendet; heute i. a. syn. für Überempfindlichkeit (z. B. allergische Rhinitis nach Zweitkontakt mit Gräserpollen). [PSCH]

Allgemeiner Krankenblattkopf

Allgemeiner Krankenblattkopf: dokumentationsgerechtes Kopfblatt für Krankenblätter* stationärer Patienten aller klinischen Fächer, 1961 vom Arbeitsausschuß Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation (später als Deutsche* Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. (GMDS) verselbständigt) als „vorläufige Empfehlung“ auf der Grundlage der Ausarbeitung von *Gögler, Hosemann, Koller, Müller, Nacke, Schröder* und *Wagner* verabschiedet (Medizinische Dokumentation (Ehrsen) 5 (1961) 64–69). Die wesentlichen in dieser Empfehlung vorgeschlagenen Informationsvariablen sind: Laufende Krankenblattnummer, Geschlecht, Mehrlingseigenschaft, Geburtsdatum, Familienname, Vorname (ggf. Mädchenname), Familienstand, Anschrift des Patienten (ständiger Wohnsitz), einweisender Arzt, Kostenträger, Aufnahme datum, Aufnahmeanlaß, Pflegeklasse, Entlassungsdiagnosen, Entlassungsdatum, Entlassungsart, Krankenhaus.

Dieses Kopfblatt sollte Krankenhausärzten einen zuverlässigen Überblick über die wichtigsten soziologischen und medizinischen Daten ihrer Patienten ermöglichen und der Erleichterung von Suchaufgaben und statistischen Zusammenstellungen sowie der Vereinheitlichung der Krankenblattregistra tur dienen. Da alle klinischen Fächer hinsichtlich der Daten zur Person, verwaltungstechnischer Angaben und der hauptsächlichen medizinischen Sachverhalte in etwa die gleichen Anforderungen stellen, erschien es folgerichtig, diese Daten nach einheitlichen Regeln in einem auf maschinelle Dokumentationsverfahren (seinerzeit Lochkarte) zugeschnittenen Formblatt zu protokollieren. Der Allgemeine Krankenblattkopf sollte auch die gemeinsame Krankengutauswertung verschiedener Kliniken ermöglichen und bei seiner allgemeinen Verwendung zur Verbesserung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik sowie der Terminologie beitragen. Er war als Minimalprogramm geplant und sollte die Einheitlichkeit ermöglichen, jedoch nicht erzwingen. Diese Einheitlichkeit hat er in der BRD letztlich nicht erreicht. Zwar wurde er, z. T. modifiziert, von zahlreichen (Universitäts-) Kliniken übernommen, doch führte er nicht zur Verständigung auf eine einheitliche medizinische* Basisdokumentation.

Außerhalb der BRD hat dieser Vorschlag, der auf Entwicklungen seit den späten 40er Jahren basierte, die Entwicklung der klinischen Dokumentation fruchtbar beeinflußt. Die DDR hat ihn 1968 in modifizierter (vereinfachter) Form für alle stationären Behandlungsfälle obligatorisch eingeführt, und für die im gleichen Jahr begonnene freiwillige VESKA-Dokumentation der schweizerischen Krankenhäuser war er ein wesentliches Vorbild. Schließlich erhielten seine Anstöße im Rahmen der Europäischen Gemeinschaften mit dem endgültigen Vorschlag eines Minimum Basic Data Set (s. medizinische Basisdokumentation) von 1981 eine breite Grundlage.

[GRAU]

Allgemeinerkrankung: i. Ggs. zur lokalisierten (Erkrankung, die nur ein Organ befällt) eine systemische Erkrankung. [SEEL]

Allokation von Gesundheitsleistungen

Allgemeinkrankenhaus: Krankenhaus, das mehrere Fachabteilungen der allgemeinen medizinischen Disziplinen vereint, ohne daß eine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund steht; Gegensatz: Fachkrankenhaus*.

[RIEF]

Allgemeinmedizin: die Akut- und Langzeitbehandlung von kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen und die ärztliche Betreuung von Gesunden, unabhängig von Alter und Geschlecht, unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt.

[HÄRT]

Allgemeinpflege: syn. für Normalpflege*.

Allokation von Gesundheitsleistungen: Angesichts der Begrenztheit der verfügbaren Mittel im Gesundheitswesen, verbunden mit den vielfältigen Bedürfnissen nach einer noch besseren Gesundheitsversorgung, ist über den Einsatz von Produktionsfaktoren (Ressourcen) zur Erstellung von Gesundheitsleistungen* zu entscheiden. Der Abb. sind die verschiedenen Ebenen zu entnehmen, auf denen eine Zuordnung (Allokation) der Ressourcen auf konkurrierende Verwendungszwecke vorzunehmen ist.

Im Rahmen einer ersten Allokationsentscheidung sind die knappen Ressourcen auf unterschiedliche Aufgabenbereiche aufzuteilen. Bei gegebener Gesundheitsquote* ist zweitens darüber zu entscheiden, welcher Ressourcenanteil auf die einzelnen Leistungsarten entfällt. Wird beispielhaft die

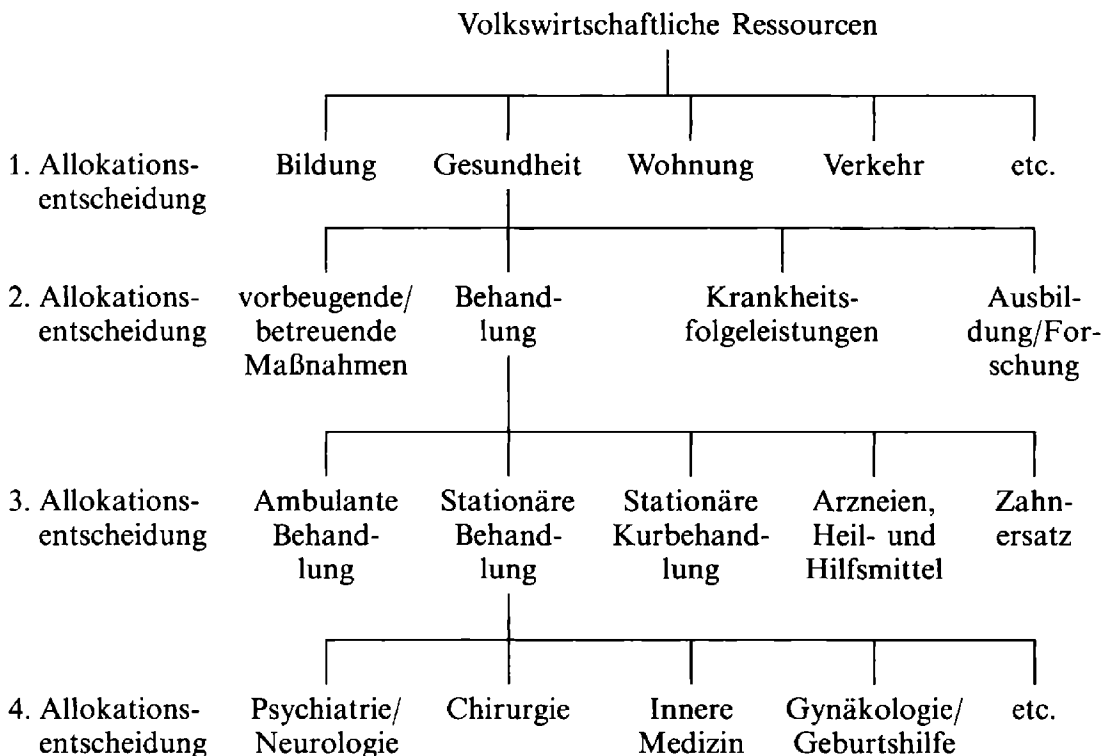


Abb.: Zuordnung der Ressourcen auf konkurrierende Verwendungszwecke

Alltagswissen

Behandlung herausgegriffen, besteht die dritte Allokationsentscheidung darin, die Verwendungsstruktur der zur Verfügung stehenden Mittel nach ambulanter und stationärer Behandlung, stationärer Kurbehandlung, Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln und Zahnersatz zu bestimmen. Bei einer weiteren Beschränkung auf die stationäre Behandlung ist schließlich über die relative Bedeutung der verschiedenen medizinischen Fächer zu entscheiden (vierte Allokationsentscheidung).

Auf die Frage, wie die vorhandenen Mittel einzusetzen sind, gibt es aus Sicht der ökonomischen Theorie eine klare Antwort. Danach ist eine optimale Aufteilung der Produktionsfaktoren dann erreicht, wenn sich die Grenzerträge der verfügbaren Mittel, d. h. die zusätzlichen Erträge infolge einer kleinen mengenmäßigen Änderung der zugewiesenen Ressourcen, in allen Verwendungszwecken ausgleichen. Die Umsetzung dieser theoretischen Feststellung in die gesundheitspolitische Praxis hängt allerdings davon ab, ob es gelingt, die Wirkungen alternativer Mittelverwendungen im Gesundheitswesen auf den Gesundheitsstand der Bevölkerung empirisch zu ermitteln. [ADAM]

Alltagswissen: das Wissen über Tatsachen, welche im alltäglichen Leben im allgemeinen zutreffen. Alltagswissen ist z. B., daß ein Stuhl i. d. R. vier Beine hat. Alltagswissen muß nicht in allen Fällen wahr sein und ist im allgemeinen sehr schwer zu formalisieren. [RICH]

Alphabet: ein (in vereinbarter Reihenfolge) geordneter Zeichenvorrat (s. Zeichen); z. B. das gewöhnlich aus Buchstaben bestehende Alphabet einer natürlichen Sprache (vgl. DIN 44 300). [IGEL, SEEL]

Alphabetische Daten: s. Daten.

alphanumerisch: sich auf einen Zeichenvorrat (s. Zeichen) beziehend, der mindestens aus den Dezimalziffern (s. Ziffer) und Buchstaben sowie ggf. Sonderzeichen des gewöhnlichen Alphabets besteht (vgl. DIN 44 300); z. B. alphanumerische Daten, alphanumerische Tastatur. [IGEL, SEEL]

Alphanumerische Daten: s. Daten.

Altenheim: Einrichtung für langfristige Unterkunft und Verpflegung älterer Menschen, die in der Regel keinen eigenen Haushalt mehr führen können. [SEEL]

Alternativhypothese: bei einem statistischen Test diejenige der beiden Hypothesen*, die der Studienleiter durch seine Beobachtungen stützen möchte. Beim Vergleich zweier oder mehrerer Stichproben ist dies meist die Hypothese, daß (bzgl. eines bestimmten Merkmals) Unterschiede zwischen den Grundgesamtheiten* bestehen, aus denen die Stichproben stammen; s. a. Nullhypothese, Einseitiger Test. [IMMI, KEMM]

Alterspyramide

Alternativmerkmal: Merkmal*, das nur zwei Ausprägungen haben kann; z. B. Symptom: vorhanden/nicht vorhanden, Geschlecht: männlich/weiblich. [KEMM]

Alterspyramide: graphische Darstellung zum Altersaufbau einer Bevölkerung. Jeder Altersjahrgang wird mit seiner Besetzung am Stichtag in Form eines waagerechten Balkens dargestellt. Üblicherweise werden rechts von der Mittellinie die weiblichen, links die männlichen Personen eingetragen. Die idealisierte Form der Alterspyramide einer Bevölkerung wird durch einen hohen Anteil der jungen Bevölkerungsgruppen und einem mit zuneh-

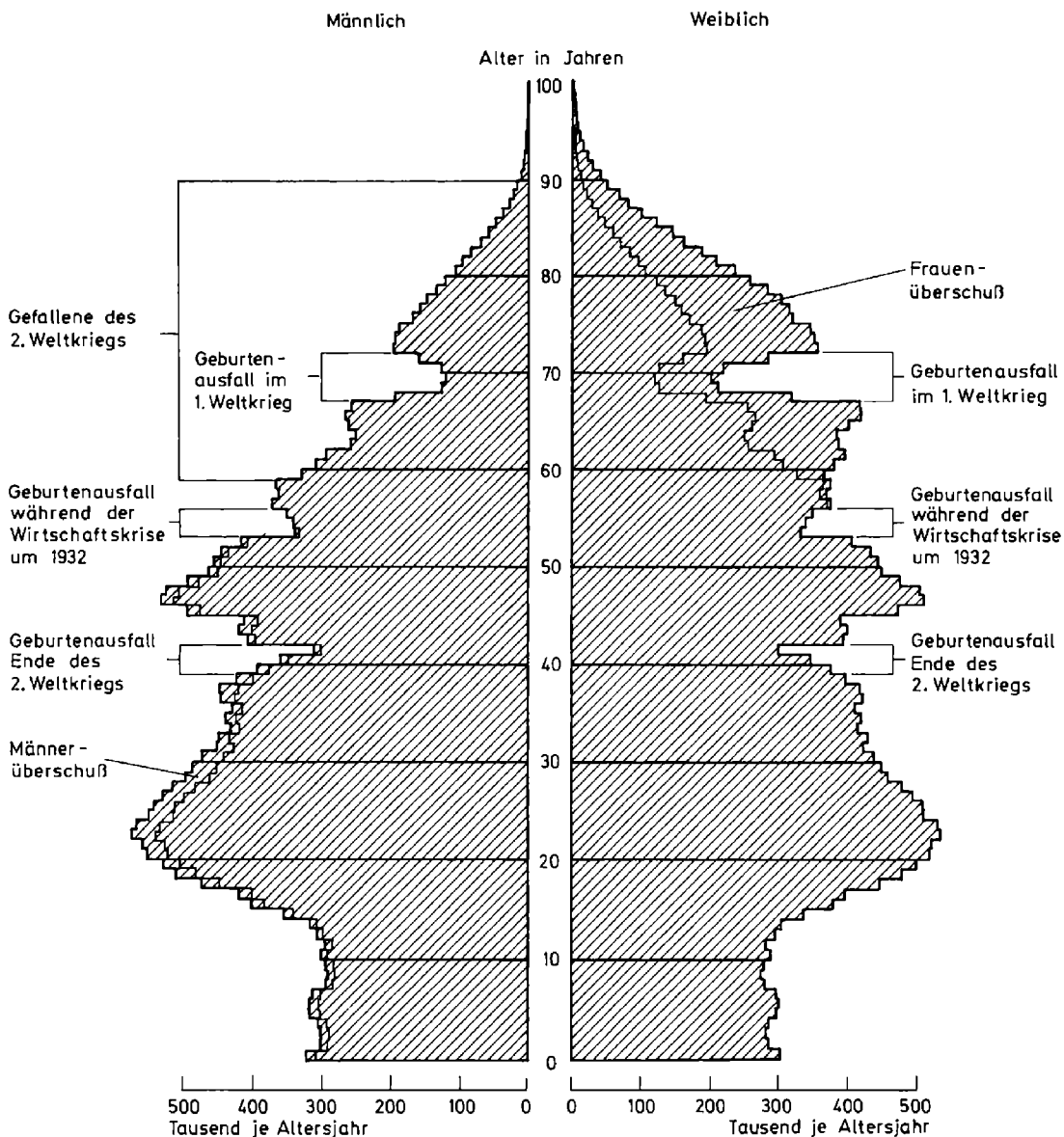


Abb.: Alterspyramide am 31. 12. 1986 (Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Stat. Bundesamtes, Wiesbaden).

Altersstandardisierung

mentem Alter geringer werdenden Anteil älterer Altersgruppen bestimmt (siehe Abb.). [SEEL]

Altersstandardisierung: Wenn man die Mortalitätsziffern von zwei Bevölkerungen oder zwei Kollektiven mit unterschiedlicher Altersstruktur miteinander vergleichen will, muß man dies mit den altersspezifischen Mortalitätsziffern tun. Dieses Vorgehen hat aber den Nachteil, daß man nicht eine kennzeichnende Größe der Mortalität*, sondern eine Vielzahl von Größen vergleichen muß. Bei kleineren Kollektiven können zudem die Fallzahlen in den Altersklassen so klein werden, daß die Aussagen mit einer erheblichen Unsicherheit behaftet sind. Aus diesem Grund besteht das Bedürfnis nach einer zusammenfassenden Darstellung, einer Synthese, wobei die Unterschiede in den Altersstrukturen der zu vergleichenden Bevölkerungen bzw. Kollektive in der Maßzahl ausgeschaltet werden. Dies erreicht man durch die Berechnung altersstandardisierter Mortalitätsziffern. Zu nennen sind die Methode der Standardbevölkerung nach *Körösy* (direkte Methode) und die Methode der Standardsterblichkeit nach *Westergaard* (indirekte Methode).

Bei der Methode der Standardbevölkerung wird in jeder Altersklasse i der zu vergleichenden Gruppen die altersspezifische Mortalitätsrate (m_i) mit der Fallzahl der entsprechenden Altersklasse einer Standardbevölkerung (N_i) multipliziert. Die Produkte werden summiert und durch die Zahl aller Fälle der Standardbevölkerung dividiert ($\sum N_i$). Es handelt sich also um eine sog. gewichtete Mittelwertbildung der m_i in jeder der zu vergleichenden Kollektive, wobei die N_i als „Gewicht“ dienen. Die nach der Methode von *Körösy* standardisierten Sterblichkeitsziffern werden also nach folgender Formel berechnet:

$$\frac{\sum N_i m_i}{\sum N_i}.$$

Sie besagen, wie die Sterblichkeit in den zu vergleichenden Bevölkerungen oder Kollektiven wäre, wenn sie den Altersaufbau der Standardbevölkerung hätten.

Für die Wahl der Standardbevölkerung gibt es verschiedene Vorschläge, z. B. die Bevölkerung von Schweden in einem Bezugsjahr. Vielfach wählt man als Standardbevölkerung eine fiktive Bevölkerung, die man durch Mittelung der Fallzahlen der zu vergleichenden Bevölkerungen pro Altersklasse gewinnt oder z. B. die sog. *Segi'sche* „Weltbevölkerung“, eine Kunstbevölkerung, deren Altersstruktur der Alterspyramide* der gesamten Welt nachgebildet ist. Sehr häufig benutzt man das Verfahren der Standardisierung, um den zeitabhängigen unterschiedlichen Altersaufbau einer Bevölkerung auszuschalten. In diesem Fall verwendet man als Standardbevölkerung den Altersaufbau derselben Bevölkerung in einem zurückliegenden Jahr, z. B. im Jahr 1987 (Jahr der letzten Volkszählung in der Bundesrepublik).

Die Methode der Standardsterblichkeit nach *Westergaard* besteht darin, für jede Altersklasse i der zu vergleichenden Bevölkerungen oder Kollektive einen Erwartungswert für die Zahl der Sterbefälle zu berechnen (e_i). Dazu werden die Fallzahlen bzw. Personenjahre n_i mit den entsprechenden Mortalitätsraten einer Standardbevölkerung (M_i) multipliziert und aufsummiert. Die Summe der tatsächlich beobachteten Sterbefälle ($\sum d_i$) wird dann in jeder der zu vergleichenden Bevölkerungen oder Kollektive zur Summe der Erwartungswerte ($\sum e_i$) in Beziehung gesetzt:

$$\frac{\sum d_i}{\sum e_i} = \text{Standardmortalitätsrate (SMR)}$$

Die SMR ist kleiner, gleich oder größer als 1, je nachdem, ob die Zahl der Sterbefälle kleiner, gleich oder größer als die Summe der aufgrund der Sterblichkeitsverhältnisse in der Standardbevölkerung erwarteten Werte ist. Die SMR ist für sich allein schon aussagekräftig. Zur Berechnung der standardisierten Sterbeziffern nach *Westergaard* wird sie jedoch noch mit der „rohen“ Sterbeziffer der Standardbevölkerung multipliziert.

Bei der Auswertung epidemiologischer Studien spielen Standardisierungstechniken eine wichtige Rolle. Die Verfahren werden nicht nur zum Ausgleich unterschiedlicher Altersverteilungen angewandt, sondern auch zur Ausschaltung anderer Störfaktoren, wie ungleiche Verteilungen nach Geschlecht, Rauchen etc.

An die Stelle der Mortalität können andere Maßzahlen, z. B. Inzidenz* und Prävalenz*, treten. [LANG]

Alters- und Langzeitkranke: in Abgrenzung zu Akutkranken oder reinen „Pflegefällen“ stationär behandlungsbedürftige ältere, multimorbide (s. Multimorbidität) Patienten, die überdurchschnittlich lange im Krankenhaus verweilen und neben pflegerischer vor allem diagnostisch-therapeutischer Betreuung bedürfen. Das vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung geförderte Forschungsprojekt „Adäquate Versorgung von Alters- und Langzeitkranken“ beschreibt Alters- und Langzeitkranke als stationär zu betreuende, über 65-jährige Patienten mit mehr als 25tägiger Verweildauer und 3 Entlassungsdiagnosen pro stationärem Aufenthalt. [SEEL]

ALU: Abk. für engl. **arithmetical logical unit** (Rechenwerk*).

ambulant: Untersuchung, Begutachtung und ggf. auch Behandlung von Patienten, ohne stationäre Aufnahme; Gegensatz: stationär*. [SEEL]

Ambulanz: Einrichtung eines Krankenhauses zur ambulanten, d. h. nicht-stationären ärztlichen Versorgung. Abgesehen von der Notfallversorgung sind Krankenhäuser in der BRD als Institutionen zur ambulanten Krankenversorgung nicht zugelassen (Ausnahme z. B. Physiotherapie*). Zur Deckung von regionalen Versorgungslücken in bestimmten Fachdisziplinen

AMG

können am Krankenhaus tätige Gebietsärzte* zur ambulanten Versorgung zugelassen werden und eine „Ambulanz“ betreiben. Der sozialversicherte Patient benötigt hierfür die Überweisung von einem niedergelassenen Arzt, der privatversicherte Patient kann sich direkt an die Ambulanz zur Behandlung wenden. [RIEF]

AMG: Abk. für Arzneimittelgesetz*.

Amnioskopie: Fruchtwasserspiegelung; ambulant durchführbares Verfahren zur Überwachung erhöht gefährdeter Feten in der Spätschwangerschaft und zu Beginn der Geburt (bei intakter Fruchtblase). [PSCH]

Amplitudenmodulation: Modulation*, bei der die Amplitude einer Trägerschwingung verändert wird. [IGEL, SEEL]

Amtsarzt: Dienstbezeichnung für den Leiter (die Leiterin) eines Gesundheitsamtes*, der (die) neben der ärztlichen Approbation und Promotion den erfolgreichen Besuch einer Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen (z. Zt. in Düsseldorf und München) nachweisen muß. [NEUM]

anaerob: ohne Vorhandensein bzw. ohne Verbrauch von Sauerstoff. [SEEL]

Anästhesie: Unempfindlichkeit gegen Schmerz-, Temperatur-, Berührungsreize; z. B. infolge einer Störung des peripheren oder zentralen Nervensystems oder als erwünschtes Ergebnis einer Narkose bzw. Lokalanästhesie. [PSCH]

Anästhesiologie: medizinisches Fachgebiet, das die allgemeine und lokale Anästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe, die Wiederbelebung und die Intensivmedizin in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten umfaßt. [DEUT]

analog: ähnlich, vergleichbar, entsprechend; Prinzip der Darstellung einer physikalischen Größe durch eine andere; z. B. die elektrische Spannung wird durch den Weg eines Zeigers dargestellt (Meßinstrument). [IGEL, SEEL]

Analog-Digital-Umsetzer: syn. A/D-Wandler; Abk. ADU; Funktionseinheit, die analoge* Eingangssignale in digitale* Ausgangssignale umsetzt, so daß sie von einem digitalen Datenverarbeitungssystem verarbeitet werden können; Gegensatz: Digital*-Analog-Umsetzer. [IGEL, SEEL]

Analoge Daten: s. Daten.

Analogiemethode: Ideenfindungstechnik*, bei der aufgrund einer vermuteten Ähnlichkeit zwischen zwei Phänomenen (z. B. Prozessen, Systemen) von einem bekannten Phänomen auf das unbekannte geschlossen wird (Analogieschluß); z. B. in der Bionik* die Lösung technischer Probleme durch das Studium von Vorbildern aus der Natur. [SEEL]

Analogrechner: Datenverarbeitungssystem, bei dem zur Wertdarstellung der Rechengrößen ein analoges* Signal (z. B. elektrische Spannung) verwendet wird. Bevorzugte Anwendung bei der Lösung regelungstechnischer Probleme (vgl. Hybridrechner*). [IGEL, SEEL]

Analysator: syn. AutoAnalyzer; engl. analyzer; im medizinischen Laboratorium teil- oder vollmechanisierter Automat zur Analyse biologischer* Kenngrößen. Vollmechanisierte Analysatoren (**Analysenautomaten**) integrieren Probenaufbereitung und Meßwerterstellung bzw. Endwertberechnung. Hierfür sind geeignete Transport- oder Transfersysteme für das Untersuchungsgut notwendig. Typisch für den 1947 von *Skeggs* entwickelten ersten vollmechanisierten Analysenautomaten (AutoAnalyzer) ist ein kontinuierliches Durchflußverfahren, d. h. Probengut und Reagentien werden – jeweils separiert durch Luftblasen – durch ein kommunizierendes System von Kunststoffschläuchen, Glasröhren und -flaschen transportiert. Analysenautomaten bestimmen aus einer Probe entweder stets nur eine biologische Kenngröße (**Einkanalgerät**) oder simultan mehrere (**Mehrkanalgerät**). Bei Mehrkanalanalysenautomaten sind sowohl indiskriminierte* als auch diskriminierte* Analysenprogramme möglich. Geräte mit diskriminierter Arbeitsweise werden auch **Selektivanalysatoren** genannt. [BOTH, PORT]

Analyse, diskriminierte: s. Diskriminierte Analyse.

Analyse, indiskriminierte: s. Indiskriminierte Analyse.

Analyse, lexikalische: s. Lexikalische Analyse.

Analysenautomat: s. Analysator.

Analysenparameter: Analyt eines physikalischen, chemischen oder biologischen Systems; z. B. eine biologische* Kenngröße. [BOTH, PORT]

Analysenstammdaten: die zur Definition einer biologischen* Kenngröße in einem computergestützten Laborinformationssystem notwendigen Informationsvariablen bzw. deren Belegungen. Dazu gehören insbesondere Analysentestcode*, Langbezeichnung (für den Befundbericht), Meßwerteinheit, Resultateinheit*, Referenzbereiche*, Warngrenzen*, Extremwertbereich*, Nachweisgrenze*, Toleranzbereiche und Regeln zur Plausibilitätskontrolle*, Gebührensätze (z. B. EBM*, GOÄ*, DKG*-NT); ferner Systemparameter

Analysentestcode

wie z. B. Reihenfolgennummer (im Befundbericht), Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Analysenparametern, Zuordnung zu Positionen auf Anforderungsbelegen, Aufführung auf einer Arbeitsplatzliste*, Eingliederung in eine Resteliste*, Zugehörigkeit zu verschiedenen Statistikgruppen, Vorkommen in Berechnungsformeln sowie Definitionen zur Einordnung des Analysenparameters in die Labororganisation. [BOTH, PORT]

Analysentestcode: im medizinischen Laboratorium die mnemotechnische (s. Mnemotechnik) Codierung von biologischen* Kenngrößen; Kurzbezeichnung eines Analysenparameters*. Bewährt hat sich eine Codierung mit z. B. einer Länge von bis zu 6 Zeichen, wobei die ersten bis zu 2 Zeichen das (Patienten-)Untersuchungsgut, die verbleibenden Zeichen den Analysenparameter bezeichnen; z. B. „SNA“ = Natrium (Na)-Gehalt im Serum (S). Dieser Code zeigt deutliche Vorteile (gute Merkbarkeit, einfache Zuordnung oder Ableitung aus der Analysenbezeichnung und dadurch seltene Verwechslung) gegenüber einem in manchen Laboratorien verwendeten Zahlencode. [BOTH, PORT]

Analysetechniken: Oberbegriff für unterstützende Techniken zur Systemanalyse*; z. B. ABC*-Analyse, Black*-Box-Methode, Dauerbeobachtung*, Dokumentenanalyse*, Fragebogentechnik*, Funktionsanalyse*, Interview*-Methode, Kommunikationsanalyse*, Multimomentaufnahme*, Selbstaufschreibung*. [SEEL]

Analyzer: engl. für Analysator*.

Anamnese: die durch ein ärztliches Gespräch erfahrbare allgemeine somatische, psychische und soziale Vorgeschichte eines Patienten (Krankenvorgeschichte: Familien-, Eigen- und Sozialanamnese), die spezielle Vorgeschichte des aktuellen Konsultationsanlasses bzw. die Darstellung und zeitliche Entwicklung des aktuellen Beschwerdebildes (Krankheitsvorgeschichte) und den Vorgang der Informationsgewinnung selbst (**Anamnestik**). [SEEL]

Anamnese, standardisierte: s. Standardisierte Anamnese.

Anamnestik: Technik der Anamneseerhebung; s. Anamnese. [ANSC]

anamnestisch: die Anamnese betreffend. [SEEL]

Anatomie: Lehre vom Bau der Körperteile; Kunst des Zergliederns. [PSCH]

Anbieter: im Gesundheitssystem Personen und Einrichtungen (Medizinbetriebe), die unmittelbar Gesundheitsleistungen* für Verbraucher* erbringen. [ADAM]

Anbieterunterstützung: s. Support.

Andrologie: Männer(heil)kunde; beschäftigt sich mit Bau und Funktion der männlichen Geschlechtsorgane, hauptsächlich in bezug auf die Zeugungsfähigkeit und deren Störungen. [PSCH]

Anforderungsanalyse: engl. requirements engineering; Prozeß der Analyse und Definition von Anforderungen an ein zu entwickelndes Produkt aus der Sicht der Produktentwicklung; z. B. bzgl. eines Anwendungssystems* Aussagen über die gewünschten quantitativen und qualitativen Eigenschaften. Wegen der großen Bedeutung der Anforderungsanalyse für das Endprodukt, der Auswirkungen auf alle nachfolgenden Entwicklungsphasen (s. Systementwicklung) und die Entwicklungskosten bemüht man sich, die Anforderungsanalyse durch geeignete Methoden optimal zu unterstützen. Neben Checklisten* werden Requirements-Sprachen (SADT* (Structured Analysis and Design Technique), PSL (Problem Statement Language), RSL (Requirements Statement Language), Petri*-Netze) verwendet, um in einheitlicher Terminologie und auf definierten Abstraktionsniveaus die Anforderungen und deren Zusammenhänge i. S. eines Produktmodells zu konkretisieren; s. a. Pflichtenheft. [SEEL]

Anforderungsbeleg: Formular zur Anforderung von Sach- oder Dienstleistungen; z. B. Medikamente, Verbandmaterial, Laborleistungen; Kommunikationsmittel zwischen leistungsanfordernder und -erbringender Stelle. Zu dokumentieren sind neben den angeforderten Leistungen und der anfordernden Stelle die Leistungsstelle, der Anforderungszeitpunkt, ferner bei patientenbezogenen Leistungen (s. Untersuchungsauftrag) die Patientenidentifikation*. Die Ausgestaltung eines Anforderungsbeleges hängt wesentlich von der jeweiligen Organisation ab. Im Gebrauch sind sowohl konventionelle als auch maschinenlesbare Belege (s. Belegleser), auf denen die obengenannten Angaben durch Strichmarkierungen oder Klebeetiketten aufgebracht werden können, was auch zur Vereinfachung der Leistungserfassung für Zwecke der Kosten*- und Leistungsrechnung beiträgt.

[BOTH, PORT]

Anforderungsbetrieb: in der Informatik eine Betriebsart eines Datenverarbeitungssystems, bei der eine Benutzerstation* von einer zentralen Instanz (Zentraleinheit*) die Übernahme angebotener Daten oder die Abgabe gewünschter Daten fordert (vgl. DIN 44 300). [IGEL, SEEL]

Angemessenheitsgrundsatz: bezeichnet im Datenschutzrecht das Prinzip, wonach nur diejenigen technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 6 Abs. 1 BDSG (und den entsprechenden Regelungen in den Landesdatenschutzgesetzen) ergriffen werden müssen, die „erforderlich“ sind, um die Ausführung der Vorschriften der Datenschutzgesetze zu gewährleisten. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 BDSG (und entsprechend nach Landesrecht)

Angiogramm

sind die Maßnahmen nur erforderlich, wenn ihr Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck steht; s. a. Verhältnismäßigkeitsprinzip. [TAEG]

Angiogramm: das bei der Angiographie erstellte Röntgenkontrastbild. [SEEL]

Angiographie: röntgenologische Darstellung der Gefäße (Arterien, Venen, Lymphgefäße) nach Injektion eines Kontrastmittels. [PSCH]

Angiologie: Lehre von den Blut- und Lymphgefäßen sowie vom Herzen. [PSCH]

Angioplastie: Sammelbegriff für Methoden zur Rekanalisierung kurzstrekiger Stenosen in arteriellen Gefäßen. Als öffnende Instrumente dienen spezielle Katheter. Das Verfahren wurde von *Dotter* und *Judkins* 1964 eingeführt. In lokaler Betäubung wird ein geeigneter Zugang geschaffen und ein kurzes, nicht zu flexibles, sich konisch aufweitendes Kunststoffrohr eingesteckt. Durch das Rohrlumen wird ein Draht geschoben, der den nachfolgenden Aufweitungskathetern eine Führung gibt.

Porstmann empfahl 1973, die Stenose mit einem Korsett-Katheter zu dehnen. Eingang in die Routine fand das Verfahren mit der Entwicklung eines auf den Durchmesser des Gefäßes und die Länge der Stenose vorgeformten Kunststoffballons durch *Grüntzig* 1974. Der Katheter wird durch die Verengung vorgeschoben und hiernach mit einer unter Druck stehenden Flüssigkeit (bis zu 10 Atmosphären) aufgeweitet. Der vom Druck unabhängige Außendurchmesser des Ballons verhindert eine Überdehnung oder ein Zerreißen des Gefäßes.

Die Beseitigung von Stenosen erfolgte zunächst nur an peripheren Gefäßen, etwa Beinarterienverschlüssen. 1977 wurde das als perkutane transluminale Angioplastie bekannte Verfahren von *Grüntzig* auf die Herzkranzgefäße angewendet. In der englischsprachigen Literatur wird das Verfahren als „percutaneous transluminal coronary angioplasty“, abgekürzt **PTCA**, bezeichnet.

Der der Dilatation zugrundeliegende Mechanismus befindet sich noch in der Diskussion. Nach einem Modell werden die die Stenose bildenden Materialien, Blutbestandteile, Wasser und Cholesterinkristalle durch den aufgeweiteten Ballon in die Gefäßwand gedrückt und verbleiben dort auch nach Deflation des Ballons. In einem anderen Modell kommt es zum Zerreißen der Intima mit teilweiser Ablösung vom Untergewebe. Hierauf kann sich das Gefäß den zirkulatorischen Erfordernissen anpassen.

Die primäre Erfolgsquote der PTCA liegt bei 80–90%; 70–80% hiervon bleiben auch im weiteren Verlauf offen. Damit steht das Verfahren selbstständig neben dem chirurgischen Eingriff, der „Bypass“-Operation. Hier wird der verschlossene Teil des Herzkranzgefäßes durch ein künstliches Ersatzstück oder ein dem Patienten im venösen System an weniger wichtigem Ort entnommenes, autologes Präparat überbrückt.

Andere im experimentellen Stadium befindliche Methoden der Angioplastie sind die chemische und mechanische Abtragung des stenotischen Materials. Besondere Hoffnungen knüpfen sich an die 1982 von *Choy* und *Lee* angegebene Laser-Angioplastie, bei der die stenotische Verengung des Gefäßes mit dem energiereichen Licht eines Helium-, Argon- oder Nd-YAG-Lasers durch Hitze zerstört wird. Günstigere Ergebnisse werden von dem im UV-Bereich strahlenden Excimer-Laser erwartet. Darüber hinaus werden abrasiv arbeitende, mechanische und thermische Verfahren auf der Basis einer Applikation von Hochfrequenzstrom erprobt. [THUL]

Anhaltzahlen: Zur Bestimmung des Personalbedarfs der meisten Abteilungen und Bereiche im Krankenhaus wurden Anhaltzahlen entwickelt (vgl. Personaldichte). Sie dienen u. a. der einfachen Überprüfung und Vergleichbarkeit des Personals von Krankenhäusern und werden in regelmäßigen Abständen den sich ändernden Gegebenheiten und der Entwicklung des medizinischen, pflegerischen, technischen und verwaltungsmäßigen Fortschritts angepaßt. Anhaltzahlen stellen keine Richtwerte dar und sind den betriebsinternen Gegebenheiten anzupassen. [RIEF]

Anker: in der Informatik ein besonders ausgezeichneter Zeiger*. [IGEL, SEEL]

Anlagen, audiovisuelle: s. Audiovisuelle Anlagen.

Anlaßkontrolle: nach § 30 Abs. 3 BDSG können die von der Aufsichtsbehörde mit der Überwachung beauftragten Personen, soweit es zur Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben erforderlich ist, Grundstücke und Geschäftsräume der speichernden* Stelle betreten, Prüfungen und Besichtigungen vornehmen, in geschäftliche Unterlagen Einsicht nehmen. Der Auskunftspflichtige hat diese Maßnahme zu dulden. Solche Kontrollen werden nur aus Anlaß durchgeführt, und zwar dann, wenn ein Betroffener begründet darlegt, daß er bei der Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten in seinen Rechten (s. Rechte des Betroffenen) verletzt worden ist (§ 30 Abs. 1 BDSG).

Die geschilderten Befugnisse stehen der Aufsichtsbehörde nach § 40 Abs. 2 BDSG auch zur Verfügung im Rahmen ihrer ständigen Aufsicht über die dem 4. Abschnitt Bundesdatenschutzgesetz unterliegenden Stellen (z. B. Auskunftsteien, Markt- und Meinungsforschungsinstitute, Servicerechenzentren). [DREW, KASS, STRN]

Annahmereich: s. Ablehnungsbereich.

Anode: positive Elektrode* eines elektrischen Stromkreises; Gegensatz: Kathode*. [SEEL]

Anonymisierung

Anonymisierung: Trennung personenbezogener* Daten von Identifizierungsdaten (z. B. Name, Anschrift, Personalnummer), so daß eine natürliche* Person weder bestimmt wird noch durch Bezug auf andere Daten oder äußere Umstände bestimmbar ist. Steht das zur Reidentifikation eines anonymisierten Datenbestandes erforderliche Zusatzwissen (Identifizierungsdaten) nur dem Datengeber, nicht der auswertenden Stelle zur Verfügung, wird also von diesem treuhänderisch verwaltet, so spricht man vom „Treuhändermodell“.

[TAEG]

Anpassungsfähigkeit: Eigenschaft eines Anwendungssystems*, die es ermöglicht, das System veränderten Rahmenbedingungen (z. B. Erweiterung des Mengengerüsts*, Anschluß zusätzlicher Datensichtgeräte) flexibel anpassen zu können. Als Voraussetzung für die Anpassungsfähigkeit gelten modulare, „offene“ Systemkonzepte (z. B. parametrisierte Anwendungsprogramme*, Netzwerke*); s. a. Customizing.

[SEEL]

Anschaffungskosten: Teil der Datenverarbeitungskosten, der für die Beschaffung eines Datenverarbeitungs- bzw. Anwendungssystems* anfällt. Hierzu zählen Kosten für Hardware (Kaufpreis der Hardwarekonfiguration, deren Transport und Installation), Software (Kaufpreis oder Lizenzgebühr für System- und Anwendungssoftware, deren Implementierung und eventuelle Anpassung), die Datenübermittlung (Einrichtung zur Datenfernübertragung und zum physischen Datenträgertransport (z. B. Transportbehälter, Datenträger)) sowie die notwendige Erstausrüstung an Verbrauchsmaterial (Datenträger, Papier, Farbbänder) und Systemzubehör (z. B. Benutzerdokumentation*); i. w. auch Mobiliar und Beleuchtungskörper für Bildschirmarbeitsplätze.

[SEEL]

Anschlag: in der Textverarbeitung gebräuchliche Bezeichnung für das auf einer Tastatur „angeschlagene“ Einzelzeichen. Die Zahl der Anschläge/Min. wird oft als Kriterium zur Leistungsbestimmung und Kapazitätsbemessung herangezogen.

[SEEL]

Anschließungsgenehmigung: Genehmigung zum Anschließen von zugelassenen privaten Geräten an Einrichtungen der Deutschen Bundespost. Die Anschließungsgenehmigung wird vom örtlichen Fernmeldeamt erteilt; s. a. FTZ-Nummer.

[IGEL, SEEL]

Anschlußheilverfahren: stationäre Heilmaßnahme als Frührehabilitation in einer Rehabilitationsklinik, i. a. durch einen Rentenversicherungsträger unmittelbar an die Behandlung in einem Akutkrankenhaus; z. B. bei Herzinfarkt oder nach Einsetzen einer Hüftgelenksendoprothese; Leistung der Rentenversicherungsträger (§ 10 SGB VI) oder der Krankenkassen (§§ 40 u. 111 SGB V).

[SILO]

Anstaltskrankenhaus: Krankenhaus, das neben Unterkunft, Verpflegung und pflegerischer Betreuung i. Ggs. zum Belegkrankenhaus auch die ärztliche Behandlung durch angestellte Krankenhausärzte erbringt. [RIEF]

Anthropologie: Wissenschaft vom Menschen; der Begriff geht auf *Aristoteles* (384–322 v. Chr.) zurück und meinte ursprünglich nur die Naturgeschichte des Menschen. In diesem Sinne, also als vergleichende Biologie des Menschen, wird er heute im deutschen Sprachraum verwendet. Wegen der Komplexität des Forschungsgegenstandes Mensch sind jedoch vielfältige Beziehungen zu anderen naturwissenschaftlich-medizinischen (u. a. Anatomie, Physiologie und vor allem Humangenetik*) und kulturwissenschaftlichen Disziplinen (u. a. Vor- und Frühgeschichte, Völkerkunde, Bevölkerungswissenschaft) gegeben, die ebenfalls Forschung am Menschen betreiben. Insofern ist eine strenge Abgrenzung der Anthropologie nicht möglich. Die moderne Anthropologie ist eine biologische Disziplin, die sich in fachlich begründeter enger Kooperation mit den Nachbardisziplinen, vor allem der Humangenetik, und unter Einbeziehung moderner naturwissenschaftlicher Methoden bemüht, ein klares Bild vom Menschen und seiner Stellung in der Natur zu zeichnen.

Nach Rudolf *Martin* (1864–1925) steht die „Naturgeschichte der Hominiden in ihrer zeitlichen und räumlichen Ausdehnung“ im Mittelpunkt anthropologischer Forschung. Unter diesem Aspekt lassen sich die folgenden wichtigsten Forschungsgebiete der Anthropologie herausstellen: Evolutionsbiologie der Hominiden (Erforschung der stammesgeschichtlichen Entwicklung des Menschen einschließlich Primatologie = Biologie der fossilen und rezenten nonhumanen Primaten sowie Paläoanthropologie = Wissenschaft von den fossilen Menschenformen); historische Anthropologie (Rekonstruktion der Ethnogenese rezenter Bevölkerungen einschließlich der Biologie vor- und frühgeschichtlicher sowie mittelalterlicher Bevölkerungen); Populationsgenetik (Erforschung der genetischen Variabilität innerhalb der rezenten Spezies *Homo sapiens* einschließlich der dieser Variabilität zugrundeliegenden Faktoren (Selektion, Isolation, Genfluß, Drift- und Foundereffekte)); Auxologie und Konstitutionsbiologie (Erforschung der individuellen und gruppentypischen (z. B. Sozialgruppen, Land- und Stadtbevölkerungen) Variabilität in der postnatalen Entwicklung unter deskriptiven und kausalen Aspekten sowie der Herausbildung der körperbauphysiologischen Variabilität einschließlich ihrer psychophysischen Charakteristika).

Anthropologie betreibt aber nicht nur Grundlagenforschung im o. g. Sinn, sondern ist auch praxisorientiert. Als Beispiele seien genannt: Vaterschaftsbegutachtung (Nachweis der Vaterschaft bzw. Nichtvaterschaft eines Mannes mit Hilfe serologischer und morphologischer einschließlich daktyloskopischer Methoden); Industrieanthropologie (Erarbeitung von Richtwerten für eine optimale Produktion von Verbrauchsgütern und optimale Gestaltung von Arbeitsplätzen auf Grund der Variabilität anthropometrischer und funktioneller Merkmale in der Bevölkerung); angewandte

Antibiogramm

Auxologie (Erstellung von Normwerten zur Beurteilung des postnatalen Entwicklungsstandes). [WALT]

Antibiogramm: Prüfung der Empfindlichkeit von Krankheitserregern aus dem Untersuchungsmaterial von Patienten gegenüber Antibiotika bzw. Chemotherapeutika für die gezielte antibakterielle Behandlung von Infektionskrankheiten. [NAUM]

Antiphlogistika: Mittel mit entzündungshemmender Wirkung. [PSCH]

Antwortzeit: an einer Benutzerstation* (z. B. Datenstation*) die Zeitspanne zwischen dem Ende der Erteilung einer Aufgabenstellung (Absenden eines Jobs*) und dem Vorliegen der vollständigen Antwort darauf (DIN 44 300). Die geforderte Antwortzeit hängt vom Umfang der zu erbringenden Datenverarbeitungsleistung ab; z. B. sollten bei der Dialogverarbeitung* die Antwortzeiten für einen Maskenwechsel so bemessen sein, daß der Benutzer dadurch nicht in seinem Arbeitsablauf unterbrochen wird (i. d. R. weniger als drei Sekunden). Das Antwortzeitverhalten ist ein wichtiges Akzeptanzkriterium bei der Dialogverarbeitung. [IGEL, SEEL]

Anweisung: in der Informatik eine nach den Regeln einer beliebigen Sprache (imperative Programmiersprache) festgelegte syntaktische Einheit, die in gegebenem oder unterstelltem Zusammenhang wie auch im Sinne dieser Sprache eine Arbeitsvorschrift für ein Datenverarbeitungssystem ist. Eine Anweisung heißt bedingt, wenn sie eine Vorschrift zur Prüfung einer Bedingung enthält; sie heißt elementar, wenn sie sich in der benutzten Sprache nicht mehr in Teile zerlegen läßt, die selbst Anweisungen sind. Anweisungen können nach Art der Arbeitsvorschrift klassifiziert werden. Wichtige Klassen sind z. B. die bedingte Anweisung (Verzweigungs-, Wiederholungsanweisung) und die unbedingte Anweisung (Zuweisung, Sprung-, Eingabe-, Ausgabe-, Transportanweisung); vgl. DIN 44 300. [IGEL, SEEL]

Anwender: in der Informatik Person(en), die mindestens ein Anwendungssystem* einsetzt (einsetzen); i. e. S. Benutzer*. [SEEL]

Anwendersystem: Anwendungssystem*, das nur ablauffähige Anwendungsprogramme* enthält. Systemprogramme* sind nur insoweit vorhanden, als sie zur Ausführung der vorhandenen Anwendungsprogramme notwendig sind. Von daher kann mit einem Anwendersystem keine Programmentwicklung durchgeführt werden. [IGEL, SEEL]

Anwendungsbereichsspezifische Informatik: Teilgebiet der Informatik, das die Methoden der Informatik für Anwendungen in den spezifischen Bereichen der Wissenschaft und des täglichen Lebens nutzt. Solche Teilgebiete sind z. B. die Medizinische* Informatik, die Rechtsinformatik und die Wirtschaftsinformatik. [KRÜC]

Anwendungsentwicklung: in der Informatik die Entwicklung von Anwendungssystemen*; s. a. Systementwicklung. [SEEL]

Anwendungsprogramm: i. G. zum Systemprogramm* der Teil der Software, der die produktive Nutzung eines Datenverarbeitungssystems zur Lösung anwendungsbezogener Aufgaben ermöglicht; z. B. ein Programm zur Textverarbeitung. [IGEL, SEEL]

Anwendungsprogrammierer(in): Datenverarbeitungsfachkraft für die Entwicklung und Realisierung von Anwendungsprogrammen*. Ihre Tätigkeit umfaßt die Analyse vorgegebener, zu programmierender, anwendungsbezogener Aufgaben, die Entwicklung einer softwaretechnischen Lösung, deren Programmierung, Testung, Dokumentation und Implementierung sowie die Bewertung, Änderung und Optimierung implementierter Anwendungsprogramme. [IGEL, SEEL]

Anwendungssoftware: die für die produktive Nutzung eines Datenverarbeitungssystems zur Lösung anwendungsbezogener Aufgaben benötigten Daten und Programme, zusammen mit ihrer Dokumentation (Programmdokumentation*, Benutzerdokumentation*). [IGEL, SEEL]

Anwendungsstau: in der Informatik einen Zustand beschreibend, der dadurch charakterisiert ist, daß der Bedarf nach Anwendungssystemen seitens der Benutzer langfristig die verfügbaren personellen und sächlichen Ressourcen für die Anwendungsentwicklung übertrifft. [SEEL]

Anwendungssystem: 1. in der (Medizinischen) Informatik ein computergestütztes Informationssystem, das in einem konkreten Anwendungszusammenhang (Bezugssystem) eingesetzt wird; 2. die Protokollschichten 5–7 des ISO*-OSI-Referenzmodells. [SEEL]

Anwesenheitskontrolle: eine technische und organisatorische Maßnahme i. S. von § 6 BDSG, die in engem Zusammenhang mit der Zugangskontrolle* steht. Mit der Protokollierung der Personen, die Räume betreten oder verlassen, in denen personenbezogene* Daten verarbeitet werden, können Kontrollen präventiv oder im nachhinein unterstützt werden. Durch die Erfassung über Ausweisleser oder andere Techniken (Stimm- oder Bilderkennung, Daktyloskopie) kann die Anwesenheitserfassung und -kontrolle rechnergestützt erfolgen und ein Abgleich mit den Daten der Berechtigten (file matching) vorgenommen werden. Die Anwesenheitskontrolle kann auch mit der persönlichen Identifikation an der Datenstation (Eingabekontrolle*) verbunden werden, mit der sich feststellen läßt, von wem personenbezogene* Daten im Datenverarbeitungssystem verarbeitet worden sind.

Art und Umfang der zu treffenden Maßnahmen müssen in einem angemessenen Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck stehen. Ob die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme beachtet wird, ist aus der Sicht des

Anzeigegerät

Betroffenen unter Berücksichtigung der Qualität und Sensibilität der Daten, des Verarbeitungszwecks und des Mißbrauchsrisikos zu bestimmen (Angemessenheitsgrundsatz*). [TAEG]

Anzeigegerät: Baueinheit zur wahrnehmbaren Darstellung von Daten (Anzeige). Die Anzeige kann visuell, akustisch oder taktil erfolgen, entsprechend der beiden Prinzipien analog* und digital*. [IGEL, SEEL]

Anzeigepflichtige Krankheiten: 1. verschiedene Infektionskrankheiten nach dem Bundesseuchengesetz*; 2. best. Berufskrankheiten*. [SEEL]

apathogen: nicht krankhaft, nicht krank machend; Gegensatz: pathogen*. [SEEL]

APGAR-Schema: Bezeichnung nach Virginia Apgar, 1909–1974; heute mnemotechnisch als Abk. für **A**tmung, **P**uls, **G**rundtonus, **A**ussehen, **R**eflexe; Punkteschema zur Vitalitätsbeurteilung von Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt; die Beurteilung soll 1 Minute nach vollständiger Entwicklung (Entbindung) erfolgen. Wiederholung nach 5 Minuten und 10 Minuten. Ein optimal lebensfrisches Kind erhält 9–10 Punkte. Weniger als 7 Punkte zeigen einen Depressionszustand des Neugeborenen an; s. Tab. [PSCH]

Beurteilungskriterium	Bewertung		
	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte
Atembewegungen	keine	flach, unregelmäßig	gut, Schreien
Puls	nicht wahrnehmbar	langsam (unter 100)	über 100
Grundtonus (Muskeltonus)	schlaff	wenige Beugungen d. Extremitäten	aktive Bewegung
Aussehen (Kolorit)	blau, blaß	Körper rosa, Extremitäten blau	vollständig rosa
Reflexerregbarkeit	keine Reaktion	Schrei	kräftiger Schrei

Tab.: APGAR-Schema.

A posteriori-Wahrscheinlichkeit: Wahrscheinlichkeit* eines Ereignisses, nachdem entsprechende Beobachtungen vorliegen. Bei dem Ereignis könnte es sich z. B. um das Vorliegen einer bestimmten Krankheit bei einer bestimmten Person handeln, bei den Beobachtungen um das Ergebnis eines Schnelltests bei dieser Person. Zur Berechnung der a posteriori-Wahrscheinlichkeit s. Bayes'sche Formel, s. a. A priori-Wahrscheinlichkeit.

[KEMM]

Apotheke: unter fachlicher Leitung eines Apothekers stehender Gewerbebetrieb für die Zubereitung und den Verkauf von Arzneiwaren nach ärztlicher Verschreibung oder im Freiverkauf (Handverkauf).

Als Erscheinungsformen der Apotheken unterscheidet man die jedermann zugänglichen öffentlichen Vollapotheken als Normaltyp der Apotheke und Apotheken, die nur einem begrenzten Personenkreis zur Verfügung stehen (z. B. Krankenhausapotheken und Bundeswehrapotheken). [RIEG]

Apparategemeinschaft: partielle Organisationsform der Praxisgemeinschaft, die sich auf die gemeinsame Nutzung kostspieliger medizinisch-technischer Einrichtungen einschl. des dazu erforderlichen Fachpersonals beschränkt (z. B. Laborgemeinschaft). [SEEL]

Apperzeption: bewußte Erfassung äußerer und innerer Eindrücke. [PSCH]

Applikation: 1. in der Medizin die Verabfolgung eines Arzneimittels; a) orale Applikation: in Form von Pulver, Tabletten, Saft, Tropfen, Kapseln usw.; b) rektale Applikation: in Form von Zäpfchen, Lösungen usw.; c) parenterale Applikation: in Form von Injektionen, Infusionen, Inhalationen, Aerosol und Stäuben; d) lokale Applikation: in Form von Salben, Pflastern, Umschlägen (Pasten), Medizin(teil)bädern, Spülungen, Gurgelflüssigkeiten; 2. in der Medizinischen Informatik ein (meist branchenspezifisches) Anwendungsprogramm* (z. B. „GOÄ-Abrechnung“). [PSCH, SEEL]

Approbation: staatliche Erlaubnis zur Ausübung eines akademischen Heilberufes (z. B. Arzt, Apotheker, Zahnarzt, Tierarzt). Die früher übliche Bezeichnung „Bestallung“ wurde aus Gründen der Vereinheitlichung aufgegeben. [RIEG]

A priori-Wahrscheinlichkeit: Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses vor dem Vorliegen von Beobachtungen, die dann genaueren Aufschluß über das Ereignis liefern sollen. Als a priori-Wahrscheinlichkeit, daß eine Person an einer bestimmten Krankheit leidet, könnte z. B. die Prävalenz der Krankheit in der Bevölkerung dienen; s. a. A posteriori-Wahrscheinlichkeit, Bayes'sche Formel. [KEMM]

Arbeitsamtsärztlicher Dienst: medizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst der Arbeitsverwaltung. Beim Arbeitsamtsärztlichen Dienst liegen die Beurteilungsschwerpunkte in der Feststellung der physischen wie psychischen Eignung für eine bestimmte Arbeit, insbesondere bei berufsfördernden Maßnahmen, z. B. der Umschulung und bei Fragen der Berufsfindung. Träger des Arbeitsamtsärztlichen Dienstes, der bei den Arbeitsämtern tätig ist, ist die Bundesanstalt für Arbeit. [SILO]

Arbeitsbedingte Erkrankungen

Arbeitsbedingte Erkrankungen: auch arbeitsbezogene Erkrankungen; sind im Unterschied zu den Berufskrankheiten* Erkrankungen, zu deren Entstehung und/oder Verlauf nach ärztlicher Erfahrung und aufgrund von epidemiologischen Untersuchungen die Arbeitsbedingungen beitragen. Arbeitsbedingte Erkrankungen manifestieren sich gruppenbezogen (belastungshomogene Arbeitsgruppen) durch eine Exzeßmorbidity im Vergleich mit anderen Arbeitsgruppen oder mit der Wohnbevölkerung. Den arbeitsbedingten Erkrankungen kommt wegen ihrer starken Verbreitung eine große Bedeutung für den Arbeitsschutz zu. [FERB]

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften: Abk. AWMF; die AWMF berät über grundsätzliche und fachübergreifende Angelegenheiten und Aufgaben, erarbeitet Empfehlungen und Resolutionen und vertritt diese gegenüber den damit befaßten Institutionen, insbesondere auch im politischen Raum. Neben den – angesichts der zunehmenden Spezialisierung immer dringenderen – Aufgaben der inneren Zusammenarbeit will sie damit die Interessen der medizinischen Wissenschaft verstärkt nach außen zur Geltung bringen.

Der AWMF gehören zur Zeit folgende Mitgliedsgesellschaften an: Dt. Ges. f. Allgemeinmedizin, Dt. Ges. f. Anästhesiologie und Intensivmedizin, Vereinigung der Anatomen, Dt. Ges. f. Angiologie, Dt. Ges. f. Anthropologie und Humangenetik, Dt. Ges. f. Arbeitsmedizin, Dt. Ges. f. Biologische Psychiatrie, Dt. Ges. f. Biomedizinische Technik, Dt. Ges. f. Bluttransfusion und Immunhaematologie, Dt. Ges. f. Chirurgie, Dt. Dermatologische Gesellschaft, Dt. EEG-Gesellschaft, Dt. Ges. f. Gefäßchirurgie, Dt. Ges. f. Gerontologie, Dt. Ges. f. Gynäkologie und Geburtshilfe, Dt. Ges. f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dt. Ges. f. Hygiene und Mikrobiologie, Dt. Ges. f. Ärztliche Hypnose und Autogenes Training, Dt. Ges. f. Infektiologie, Dt. Ges. f. Innere Medizin, Dt. Ges. f. Katastrophenmedizin, Dt. Ges. f. Kinderchirurgie, Dt. Ges. f. Kinderheilkunde, Dt. Ges. f. Klinische Chemie, Dt. Ges. f. Krankenhausgeschichte, Dt. Ges. f. Laboratoriumsmedizin, Dt. Ges. f. Manuelle Medizin, Fachverband Medizingeschichte, Dt. Ges. f. Medizinische Ausbildung, Deutsche* Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik, Dt. Ges. f. Medizinische Physik, Dt. Ges. f. Medizinische Psychologie, Dt. Ges. f. Medizinische Psychologie und Psychopathometrie, Dt. Ges. f. Medizinische Soziologie, Dt. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dt. Ges. f. Neurochirurgie, Dt. Ges. f. Neurologie, Dt. Ges. f. Neuropädiatrie, Dt. Ges. f. Neuropathologie und -anatomie, Dt. Ges. f. Neuroradiologie, Dt. Ges. f. Nuklearmedizin, Dt. Ophthalmologische Gesellschaft, Dt. Ges. f. Orthopädie und Traumatologie, Dt. Ges. f. Pädiatrische Kardiologie, Dt. Ges. f. Pädiatrische Radiologie, Dt. Ges. f. Pathologie, Dt. Ges. f. Perinatale Medizin, Fachges. d. Ärzte in der Pharmazeutischen Industrie, Dt. Ges. f. Phlebologie und Proktologie, Dt. Ges. f. Phoniatrie und Pädaudiologie, Dt. Ges. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dt. Physiologische Gesellschaft, Vereinigung der Plastischen Chirurgen, Dt. Ges. f. Plastische und Wiederher-

Arbeitslosenversicherung

stellungschirurgie, Dt. Ges. f. Pneumologie und Tuberkulose, Dt. Ges. f. Psychiatrie und Nervenheilkunde, Dt. Kollegium f. Psychosomatische Medizin, Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie, Dt. Ges. f. Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, Dt. Ges. f. Rechtsmedizin, Dt. Röntgengesellschaft, Dt. Ges. f. Sozialmedizin, Inst. f. Standardisierung u. Dokumentation i. Med. Laboratorium (INSTAND) e.V., Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie, Dt. Ges. f. Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Dt. Ges. f. Unfallheilkunde, Dt. Ges. f. Urologie, Dt. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Dt. Ges. f. Wehrmedizin und Wehrpharmazie, Dt. Ges. f. Wirbelsäulenforschung.

Die AWMF wird durch direkten Auftrag der Mitgliedsgesellschaften oder durch deren Delegierte tätig. Greift die AWMF einschlägige Probleme in eigener Initiative auf, so sucht sie Übereinstimmung mit den Mitgliedsgesellschaften. Für die Bearbeitung besonderer Themen werden Kommissionen aus dem Kreise der Delegierten und gegebenenfalls durch Hinzuziehung Sachverständiger aus den Mitgliedsgesellschaften gebildet. Die AWMF ist also mit ihren eigenständigen Aufgaben neben den anderen Arbeitsgemeinschaften wie Bundesärztekammer, Westdeutscher Medizinischer Fakultätentag (WMFT), Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) und den Einrichtungen der Wissenschaftsförderung ein wichtiger Pfeiler im Rahmen der gesamten medizinischen Organisation. Die AWMF bemüht sich um fruchtbare Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen sowie den zuständigen politischen Gremien im Interesse des förderlichen Zusammenwirkens und einer leistungs- und zukunftsorientierten Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaften und der ärztlichen Praxis. Der AWMF ist der „Arbeitskreis Ärzte und Juristen“ angeschlossen.

[VOST]

Arbeitsliste: syn. für Arbeitsplatzliste*.

Arbeitslosenversicherung: deckt als Zweig der Sozialversicherung Risiken der Arbeitslosigkeit ab und hält dazu Dienst- und Geldleistungen zur Förderung des Arbeitsmarktausgleichs sowie Geldleistungen bei Arbeitslosigkeit bereit. Die wichtigsten Dienst- und Geldleistungen zur Arbeitsförderung sind

- Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlung,
- Berufsberatung und Ausbildungsförderung,
- Förderung der Arbeitsaufnahme,
- Berufliche Bildung und berufliche Rehabilitation Behinderter,
- Allgemeine Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Lohnkostenzuschüsse für ältere Arbeitnehmer,
- Kurzarbeitergeld,
- Produktive Winterbauförderung.

Die wichtigsten Leistungen bei Arbeitslosigkeit sind

- Arbeitslosengeld,
- Arbeitslosenhilfe (Finanzierung aus Bundesmitteln),
- Konkursausfallgeld.

Arbeitsmedizin

Die Maßnahmen zur Arbeitsförderung sollen Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt ausgleichen und damit Arbeitslosigkeit verhindern oder beenden. Sie haben Vorrang vor den Leistungen bei Arbeitslosigkeit (§ 5 Arbeitsförderungsgesetz). Die Lohnersatzleistungen (z. B. Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit; Unterhaltsgeld bei Teilnehmern an ganztägigen beruflichen Bildungsmaßnahmen) sind von einer bestimmten Dauer vorheriger beitragspflichtiger Beschäftigung abhängig; andere Leistungen (z. B. Berufsberatung und Arbeitsvermittlung) werden jedem Arbeitssuchenden gewährt. Beitragspflichtig sind alle gegen Entgelt oder zu ihrer Ausbildung abhängig beschäftigten Arbeitnehmer, soweit ihr Beschäftigungsverhältnis mindestens 18 Stunden wöchentlich umfaßt. Die Beiträge werden von Arbeitnehmern und ihren Arbeitgebern durch einen für beide gleich hohen Beitragssatz erhoben. Die Finanzierung der Dienst- und Geldleistungen erfolgt aus Beiträgen (ca. 90% der Einnahmen) und Arbeitgeber-Umlagen für die Produktive Winterbauförderung und das Konkursausfallgeld. Bei Haushaltsdefiziten haftet der Bund. Die Dienst- und Geldleistungen werden durch die Bundesanstalt für Arbeit erbracht, die sich in Arbeitsämter, Landesarbeitsämter und die Hauptstelle in Nürnberg gliedert. [PRÖB]

Arbeitsmedizin: medizinisches Fachgebiet, das die Wechselbeziehungen zwischen Arbeit, Beruf und Gesundheit zum Gegenstand hat. Dazu gehört insbesondere die Verhütung von Unfällen sowie die Vorbeugung und Erkennung von Erkrankungen, die durch das Arbeitsgeschehen verursacht werden können, und die Mitwirkung bei der Einleitung der sich aus solchen Unfällen und Erkrankungen ergebenden medizinischen Rehabilitation* sowie bei der Durchführung berufsfördernder Rehabilitation. [DEUT]

Arbeitsplatzcomputer: s. Personalcomputer, Workstation.

Arbeitsplatzergonomie: Aspekt der Ergonomie, der sich mit der Anpassung des Arbeitsplatzes und seiner Umgebung an die physiologischen Anforderungen des Menschen befaßt; z. B. bei Bildschirmarbeitsplätzen die Sitzposition, Licht-, Geräusch- und Temperaturverhältnisse, die Gestaltung von Tastatur und Bildschirm. [SEEL]

Arbeitsplatzliste: syn. Arbeitsliste; Auflistung der für einen Arbeitsplatz zur Bearbeitung vorgegebenen Aufträge zur Unterstützung der Arbeitsplatzorganisation; z. B. als Meßplatzliste* im medizinischen Laboratorium. [BOTH, PORT]

Arbeitsspeicher: bei einem Datenverarbeitungssystem der Teil des Zentralspeichers*, dessen einzelne Speicherstellen durch Maschinenadressen* angesprochen werden können, d. h. direkt adressierbar sind. Der durch Anwendungsprogramme* adressierbare Teil des Arbeitsspeichers wird oft als **Hauptspeicher**, der übrige Bereich als **Ergänzungsspeicher** unterschieden. Der Hauptspeicher nimmt dann den arbeitsspeicherresidenten Teil des Be-

triebssystems sowie die zur Ausführung kommenden Programme und die von diesen benötigten Daten auf. Der Ergänzungsspeicher dient z. B. zur Ausführung von Diagnoseprogrammen zur Überprüfung und Fehlerlokalisierung von Hardwareeinheiten. Gelegentlich wird in der Praxis als Ergänzungsspeicher auch ein direkt adressierbarer Arbeitsspeicherbereich mit großer Kapazität verstanden, der jedoch im Vergleich zum Hauptspeicher relativ lange Zugriffszeiten aufweist. [IGEL, SEEL]

Arbeitsteilung: die Zuordnung von Teilen einer Aufgabe auf verschiedene Aufgabenträger*; z. B. Mensch-Aufgabe-Technik-Systeme (s. computergestützte Informationssysteme). Sie macht eine Koordination der verschiedenen Aufgabenträger unumgänglich. [SEEL]

Arbeitsunfähigkeit: Abk. AU; AU liegt vor, wenn ein Arbeitnehmer infolge Krankheit seine ihm vertragsgemäß obliegende, zuletzt ausgeübte Tätigkeit überhaupt nicht mehr, nicht mehr ohne erhebliche Beschwerden oder nicht mehr ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes ausüben kann. Dem Nachweis der krankheitsbedingten Arbeitsverhinderung des Arbeitnehmers dient die von einem Arzt ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Abk.: AU-Bescheinigung). [BLOH]

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: s. Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeitsdiagnose: Diagnose, welche die Arbeitsunfähigkeit* eines Versicherten begründet. [FERB]

Arbeitsunfall: Verletzung in ursächlichem Zusammenhang mit einem Unfallereignis innerhalb der beruflichen Tätigkeit. Der Arbeitnehmer ist für diesen Fall bei der für sein Gewerbe zuständigen Berufsgenossenschaft* kraft Gesetzes pflichtversichert. Der Arbeitgeber ist gegenüber Haftungsforderungen des Arbeitnehmers ebenfalls versichert. Die Rechtsprechung durch die Sozialgerichte hat insbesondere den Begriff der beruflichen Tätigkeit relativ weit ausgelegt. [SILO]

Arbeitsvorbereitung: Planung und Steuerung einer Produktion. Im Rechenzentrum **1.** die Steuerung des Datenverarbeitungsproduktionsprozesses nach den Zielkriterien Termineinhaltung, Durchsatzmaximierung und Betriebsmittelauslastung; **2.** die Organisationseinheit, die, meist unterstützt durch spezielle Software (Ablaufsteuerungssysteme), Aufgaben der Arbeitsvorbereitung ausführt. [SEEL]

Archiv: Informations- und Dokumentationseinrichtung, die i. d. R. nicht publizierte, meist einmalig vorhandene Dokumente sammelt, aufbewahrt und wieder zugänglich macht; z. B. Krankenblattarchiv, vgl. Datenträgerarchiv. [DGD]

Archivierung

Archivierung: Ablage und Verwaltung von auf Datenträgern befindlichen Daten bzw. Dokumenten im Datenträgerarchiv bzw. Archiv zum Zweck der langfristigen Datenhaltung. [SEEL]

Arithmetisches Mittel: Lokalisationsmaß*; das arithmetische Mittel einer aus n Beobachtungen x_1, x_2, \dots, x_n bestehenden Stichprobe ist gegeben durch:

$$\bar{x} = (x_1 + x_2 + \dots + x_n)/n.$$

S. a. Maßzahl.

[KEMM]

Array: in der Informatik eine homogene (lineare oder mehrdimensionale) Ansammlung von Daten. [IGEL, SEEL]

Arthrographie: Röntgenkontrastdarstellung einer Gelenkhöhle; s. a. Arthroskopie. [PSCH]

Arthroskopie: endoskopische Untersuchung eines Gelenks, meist Kniegelenks; z. B. zur Abklärung von Meniskusverletzungen; Betrachtung des Gelenkinnenraums in Narkose oder Lokalanästhesie nach Insufflation und Aufblähung des Gelenks mit Gas (z. B. CO_2). [PSCH]

Artificial Intelligence: engl. für Künstliche* Intelligenz.

Arzneibuch: amtliche Vorschriftensammlung für die Zubereitung, Prüfung und Aufbewahrung von Arzneimitteln, die in Apotheken hergestellt werden können (sog. offizinelle Mittel). In der Bundesrepublik Deutschland sind gültig: Deutsches Arzneibuch (9. Ausgabe), Europäisches Arzneibuch (Pharmacopoea Europea), Homöopathisches Arzneibuch. [PSCH]

Arzneimittel: syn. Medikament; nach § 2 AMG Stoffe (§ 3 AMG) oder Zubereitungen von Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen Körper, d. h. vorwiegend durch Einwirkung auf den inneren Organismus, die in § 2 Abs. 1 Nrn. 1–5 AMG genannten gesundheitlichen Zwecke zu erfüllen. Von diesen echten Arzneimitteln sind die fiktiven Arzneimittel des § 2 Abs. 2 AMG zu unterscheiden, zu denen u. a. nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 AMG chirurgisches Nahtmaterial, Desinfektionsmittel, Diagnostika, Herzschrittmacher und z. T. auch Kontaktlinsen gehören. Die Abgrenzung der Arzneimittel von Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln, Körperpflegemitteln usw. wird in § 2 Abs. 3 AMG durch Verweisung auf die Begriffsbestimmungen in den jeweils einschlägigen Gesetzen vorgenommen. Arzneimittel unterliegen in Herstellung, Vertrieb, Lagerung, Abgabe und Kontrolle besonderen gesetzlichen Bestimmungen (Arzneimittelgesetz). [RIEG]