

scheidet die Stimmenmehrheit der Mitglieder der Ärztekommision. Die Ernennung und Abberufung der Mitglieder der Ärztekommision erfolgt durch den zuständigen Kreisarzt.

(2) Die Ärztekommisionen haben in folgenden Angelegenheiten verantwortliche ärztliche Feststellungen zu treffen:

- a) Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Berufsumschulung, vorübergehenden oder dauernden Arbeitsplatzwechsel, vorübergehende oder dauernde, teilweise oder völlige Invaldität,
- b) Krankenhausbeobachtung zur Sicherung der Diagnose, Überweisung in ambulante oder stationäre fachliche Behandlung,
- c) Feststellung der Diagnose und Heilanzeigen für Kurverschickungen und Heilverfahren.

(3) Ärzte dürfen nicht als Mitglieder einer Ärztekommision die in ihrer eigenen ärztlichen Behandlung und Beobachtung befindlichen Personen begutachten. Der behandelnde Arzt kann jederzeit von der Ärztekommision vor ihrer endgültigen Feststellung gehört werden auf Verlangen

- a) des behandelnden Arztes,
- b) eines Mitgliedes der Ärztekommision,
- c) des Kranken.

(1) Die Überweisung^{§ 7} an die Ärztekommision erfolgt entsprechend den gesetzlichen Einzelvorschriften und den Anweisungen des Ministeriums für Gesundheitswesen der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik. Sind die vorgelegten Unterlagen nicht ausreichend, so ist die Ärztekommision berechtigt, die notwendigen Ermittlungen zu treffen und die notwendigen Untersuchungen anzuordnen. Gegen die Anordnung der Untersuchung kann der Betroffene bei der Abteilung Gesundheitswesen des Kreises binnen 3 Tagen Beschwerde erheben. Eine Entscheidung wird dann nach Anhören und Untersuchung des Betroffenen durch den Kreisarzt getroffen.

(2) Die Ärztekommisionen haben über die Untersuchungen mrd ihre gutachtlichen Feststellungen laufend Aufzeichnungen zu machen. Es sind Niederschriften über die in jeder Sitzung beurteilten Fälle zu machen, die von den Kommissionsmitgliedern zu unterzeichnen sind. Zur Protokollführung ist ein geeigneter und ständig verantwortlicher Angehöriger eines mittleren medizinischen Berufes zu bestimmen. Die Protokollführung erfolgt entsprechend dem anliegenden Muster.

§ 8

Bei jeder Sektion nach ambulanter Behandlung oder Sektion zur Feststellung der Todesursache bei Durchführung der Leichenschau soll der behan-

delnde Arzt nach Möglichkeit anwesend sein und ist rechtzeitig zu benachrichtigen. Bei den Sektionen nach stationärer Behandlung muß der behandelnde Arzt der stationären Einriditung anwesend sein. Die Krankengeschichte ist vor der Sektion dem Prosektor in ordnungsgemäß abgefaßtem Zustand zu übergeben. Die ausführliche Diagnose der Grundkrankheit, der Komplikationen, Begleiterkrankungen ist einzusetzen und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes zu versehen.

§ 9

(1) In den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens sind in Zusammenhang mit der Untersuchung und Behandlung kranker und gesunder Personen (z. B. bei Reihen- und Einstellungs-Untersuchungen) sofortige Aufzeichnungen in Karteikarten vorzunehmen.

(2) In den stationären Einrichtungen muß innerhalb der ersten drei Tage die Krankengeschichte angelegt sein. Krankheitsvorgeschichte, Aufnahmebefund und eingeleitete Heilmaßnahmen sowie eine vorläufige Diagnose sind innerhalb dieser Frist aufzuzeichnen.

(3) Nach Abschluß jeder stationären Behandlung ist die Krankheitsgeschichte mit einem kurzen zusammenfassenden Bericht — aus dem Wesen und Verlauf der Krankheit klar zu ersehen sind — mit kritisch medizinischem Urteil (Epikrise) zu beenden. Sowohl im Falle der Entlassung wie auch im Falle des Todes ist dem einweisenden Arzt oder der einweisenden ambulanten Einrichtung innerhalb einer Woche ein abschließender Bericht mitzuteilen.

(4) Die Krankheitsgeschichten sind in den Archiven der stationären Einrichtungen, getrennt nach Kalenderjahren, Geschlecht, Kindern bis zum beendeten 5. Lebensjahr, so abzuliegen, daß

- a) eine monatliche Einordnung,
- b) eine Einordnung nach den zweistelligen Krankheitsgruppen des systematischen Verzeichnisses der Krankheiten und Todesursachen

möglich ist.

(5) Eine entsprechende Suchkartei ist ab 1. Januar 1952 in allen stationären Einrichtungen einzuführen.

(6) Jede Krankheitsgeschichte ist bei Abschluß der Behandlung am Kopfe der ersten Seite neben den Personalangaben mit der zutreffenden Diagnosen-Schlüsselzahl durch den behandelnden Arzt auszuzeichnen.

Berlin, den 17. Januar 1952

Ministerium für Gesundheitswesen
Steidle
Minister

Hinweis auf Veröffentlichungen

im Ministerialblatt der Deutschen Demokratischen Republik

Die Ausgabe Nr. 3 vom 30. Januar 1952 enthält:

Seiio

Bekanntmachung eines Mustervertrages mit Lieferbedingungen..... 7