



**Universitätsklinikum Heidelberg**

# MDK-Prüfungen

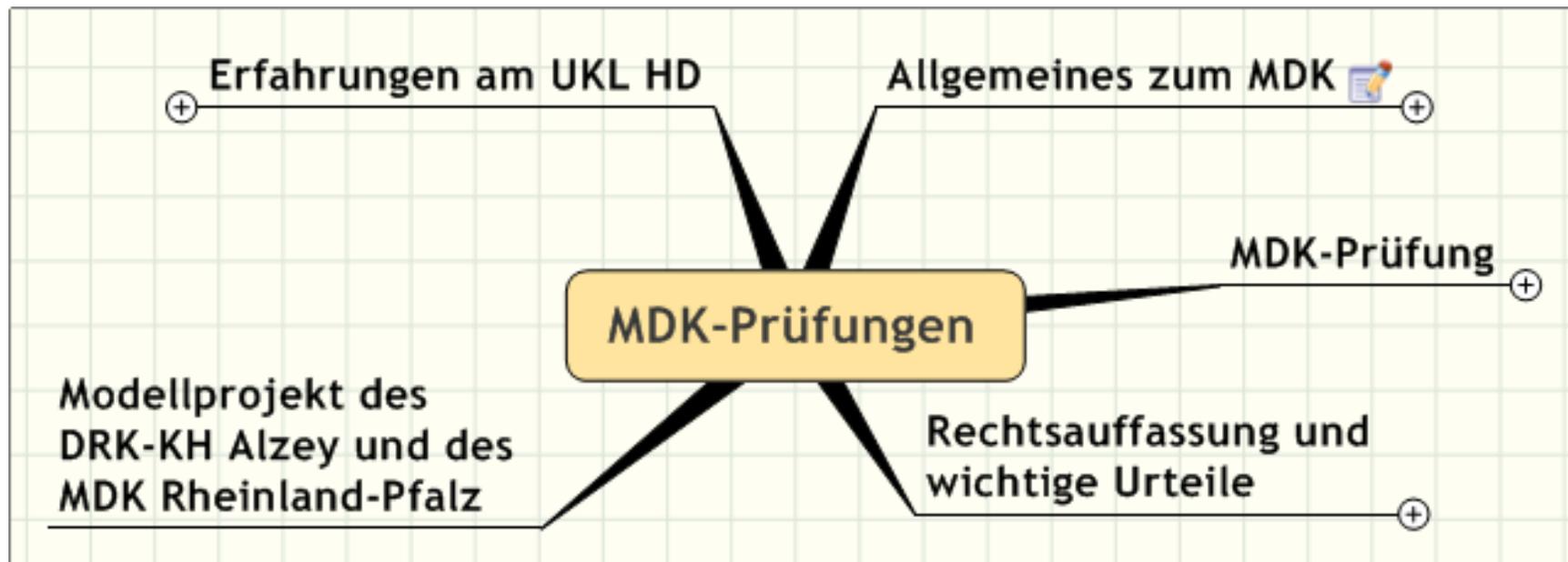
Fortbildungsveranstaltung der Stabsstelle  
Qualitätsmanagement / Medizincontrolling  
24.06.2004

Referent:

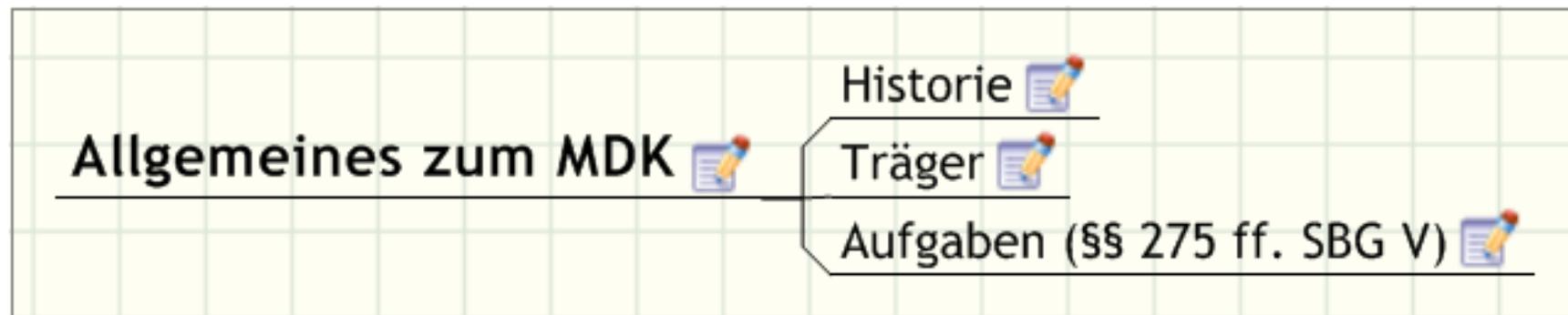
Roland Nitschke

Stellv. Leiter der Stabsstelle QM/MC Bereich Medizincontrolling  
KP, Arzt, Dipl. Gesundheitsökonom  
Master of Science (Healthcare Management)

# MDK-Prüfungen



# Allgemeines zum MDK





# Historie des MDK

Etabliert durch das Gesundheitseformgesetz 1989

Steht in der Tradition des Reichsprüfendienstes von 1883 und des Vertrauensarztes seit 1911

erfährt in seiner Rolle als Dienstleister der GKV eine Erweiterung seiner Aufgaben.

MDK-Gutachten gelten in der Rechtssprechung als **Werturteile**, obwohl primär Tatsachen dargestellt werden sollen. Werturteile und Meinungen sind ausdrücklich von einem Widerspruch ausgenommen, dieses Wissenschaftsprivileg entfällt nur, wenn **elementare Mängel der Sorgfaltspflicht** nachweisbar sind.



# Träger des MDK

Ca. 450 Krankenkassen in insg. 8 KK-Arten

- Ortskrankenkassen (AOK)
- Betriebskrankenkasse (BKK)
- Innungskrankenkassen (IKK)
- Angestellten-Ersatzkassen (AK)
- Arbeiter-Ersatzkassen (AE)
- Landwirtschaftl. KK (LKK)
- See-Krankenkasse (See-KK)
- Bundesknappschaft (BuKN)

Bedenken bezüglich der Unabhängigkeit des MDK sind bekannt. Dr. Ingo Heberlein (ehem. Geschäftsführer MDK Schleswig- Holstein) machte keine Hehl daraus, dass Kassen an den MDK-Gutachter immer häufiger gewisse Erwartungen stellen. der MDK-SH hat sich von diesem unbequemen Geschäftsführer getrennt.(26.04.2004, S.19- Nr. 8/2002 Der gelbe Dienst)



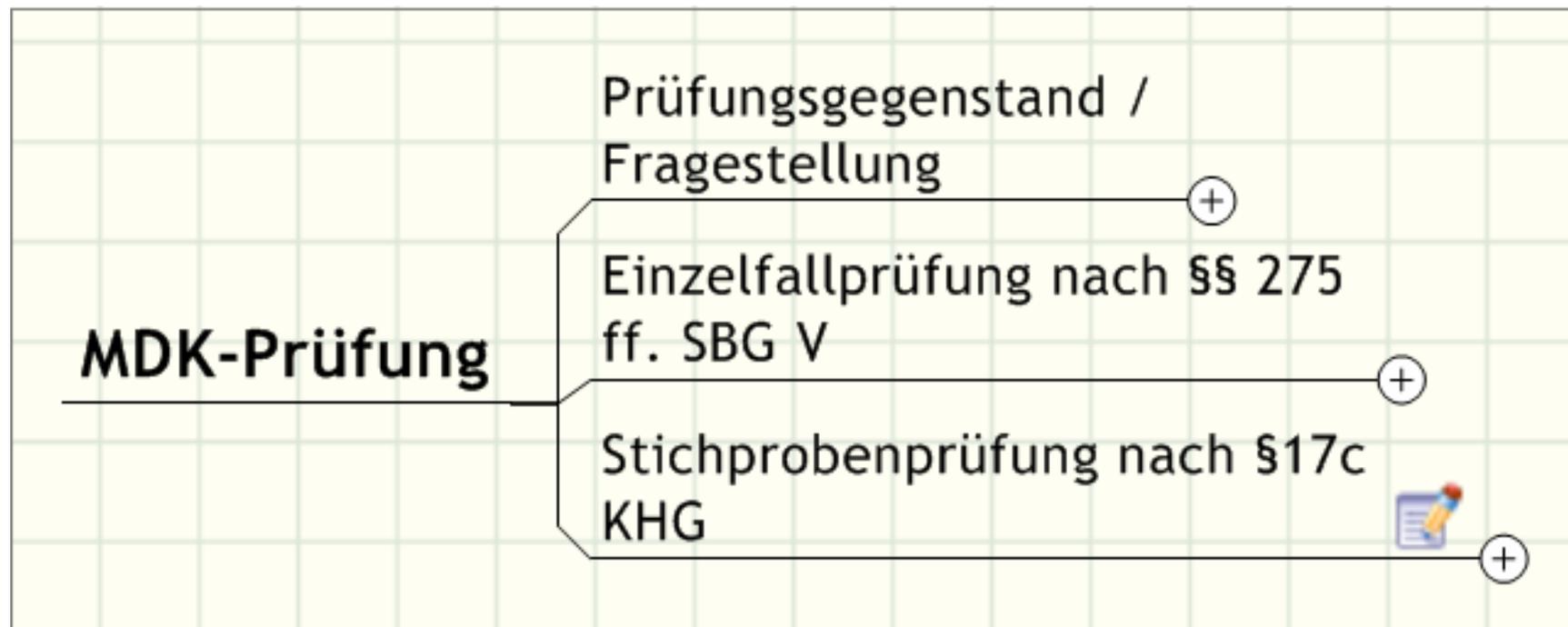
# Aufgaben (§§ 275 ff. SGB V)

## Abs. 5

Die Ärzte des MDK sind bei der Wahrnehmung ihrer med. Aufgaben nur ihrem ärztl. Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztl. Behandlung einzugreifen.

Der MDK darf nur im Auftrag der Krankenkassen tätig werden.

# MDK-Prüfung





# Prüfungsgegenstand / Fragestellung

- primäre Fehlbelegung
- sekundäre Fehlbelegung
- Rechnungsstellung / Kodierung
- Arbeitsunfähigkeit
- besonderer Behandlungsverlauf
- Behandlungsfehler



# primäre Fehlbelegung (I)

## § 39 SBG V Krankenhausbehandlung

Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung (...), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch den Krankenhausarzt erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teil-, vor-, nachstat. oder amb. Behandlung (...) erreicht werden kann.

## § 12 Abs.1 SBG V **Wirtschaftlichkeitsgebot**

Die Leistungen müssen **ausreichend**, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das **Maß des Notwendigen** nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.



# primäre Fehlbelegung (II)

**Schlüsselfunktion** zur Beurteilung der Notwendigkeit zur Krankenhausbehandlung **hat der Krankenhausarzt**, die Bejahung stellt einen "Anscheinsbeweis der Notwendigkeit und Dauer einer bestimmten Krankenhausbehandlung" dar (ständige Rechtsprechung, zuletzt bestätigt durch BSG vom 28.5.2003 - B 3 KR 10/02 R-), insbesondere wenn eine Einweisung durch einen Vertragsarzt vorliegt (Entscheidung = ärztliche Zweitmeinung).

Aber: Diese Schlüsselfunktion beinhaltet eine **Pflicht zur Fürsorge für das Vermögen der Krankenkasse** (BGHSt, Beschluss vom 25.11.2003 - 4 StR 239/03-)

Das MDK-Gutachten hat darauf abzustellen, ob die ärztliche Entscheidung des Behandlers **im Zeitpunkt der Beurteilung** durch ihn nicht vertretbar war. Der MDK-Begutachter hat nicht seine (spätere) Beurteilung an die Stelle des behandelnden Arztes zu setzen (§ 275 Abs. 5 Satz 2 SGB V)



# sekundäre Fehlbelegung

Prüfung ob der Patient schon früher hätte aus der vollstationären Behandlung entlassen werden können (nach Hause, in nachstationäre Behandlung, Rehabilitation oder Pflegeeinrichtung)

Die Vermutung auf einem deutlichen Rückgang der Anfragen bezüglich einer sekundären Fehlbelegung (eher Gefahr der "blutigen Entlassung" unter DRG- Bedingungen) haben sich leider nicht bestätigt. Grund: Fälle über der oGVD und Verweildauern nahe der uGVD.

Gleiche Prüfgrundlage wie bei der primären Fehlbelegung (Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit) mit Anscheinsbeweis durch den Krankenhausarzt zum jeweiligen Entscheidungszeitpunkt (nötige Begründung für jeden einzelnen strittigen Tag!)



# Rechnungsstellung / Kodierung

- Prüfung der ordnungsmäßigen Abrechnung, also insbesondere der korrekten Kodierung, die eine bestimmte DRG bedingt.
- Prüfung auf unzulässiges Fallsplitting, Wiederaufnahmeregelungen nach der KFPV 2004 (Streitpunkt insb. Komplikationen)



# Arbeitsunfähigkeit

- Prüfung bei Arbeitsunfähigkeit
- Prüfung ob die Arbeitsunfähigkeit durch besondere Maßnahmen besser behoben werden kann
- Prüfung, ob ein Missbrauch vorliegt (zu Häufiges „krankschreiben“ eines Arztes, oder häufige Erkrankung um das Wochenende („blauer Montag“))



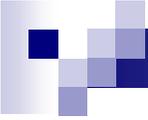
# besonderer Behandlungsverlauf

Überprüfung eines Behandlungsverlaufs in besonderen Fällen (Dauer, Art oder Schwere einer Erkrankung)



# Behandlungsfehler

Die Krankenkasse kann bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler als **"Anwalt" des Patienten**, Auskünfte vom Krankenhaus verlangen, hierzu ist aber **eine Schweigepflichtentbindung** des Patienten und eine schriftliche **Ermächtigung** des Patienten notwendig, aus der hervorgeht, dass die Kasse die Interessen des Patienten vertreten darf.



# Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 SBG V

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

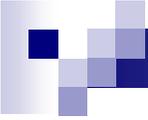
2. zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplans nach § 5 Abs. 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

3. bei Arbeitsunfähigkeit

a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder

b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.



# Stichprobenprüfung nach §17c KHG

verdachtsabhängige **oder verdachtsunabhängige** Stichprobenprüfung

## „Rasterfahndung“

### ■ Prüfungsgegenstand

- Dauer und Notwendigkeit der stationären Behandlung
- ordnungsgemäße Abrechnung (insb. Kodierung)

### ■ Regelung auf Landesebene

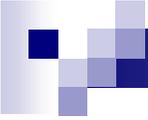
Eine gemeinsame Empfehlung zur Durchführung der Stichprobenprüfung wurde in BW als erstes Bundesland bereits zum 15.12.2003 gültig



## Vereinbarung zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes nach § 17 c Abs. 4 KHG in Baden-Württemberg (I)

### § 1 Art der Prüfung und Prüfanlass

- (1) (...) Die Prüfungen können sowohl verdachtsabhängig als auch verdachtsunabhängig durchgeführt werden. Die Einzelfallprüfungen bei Auffälligkeiten gemäß § 275 SGB V im Auftrag einer Krankenkasse bleiben unberührt.
- (2) Prüfgegenstand sind abgeschlossene Krankenhausfälle von Versicherten der GKV, für die im Prüfzeitraum nicht bereits eine Einzelfallprüfung gemäß § 275 SGB V eingeleitet oder durchgeführt wurde.
- (3) Die Prüfung umfasst die Entgelte der allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz.



# Vereinbarung zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes nach § 17 c Abs. 4 KHG in Baden-Württemberg (II)

## § 2 Prüfauftrag

(1) Das Prüfverfahren wird durch **gemeinsame schriftliche Beauftragung (...)** von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eingeleitet.

In dem Prüfauftrag sind (...) Prüfgegenstände (**Organisationseinheiten, Diagnosen, Prozeduren, Entgelte**) zu benennen.

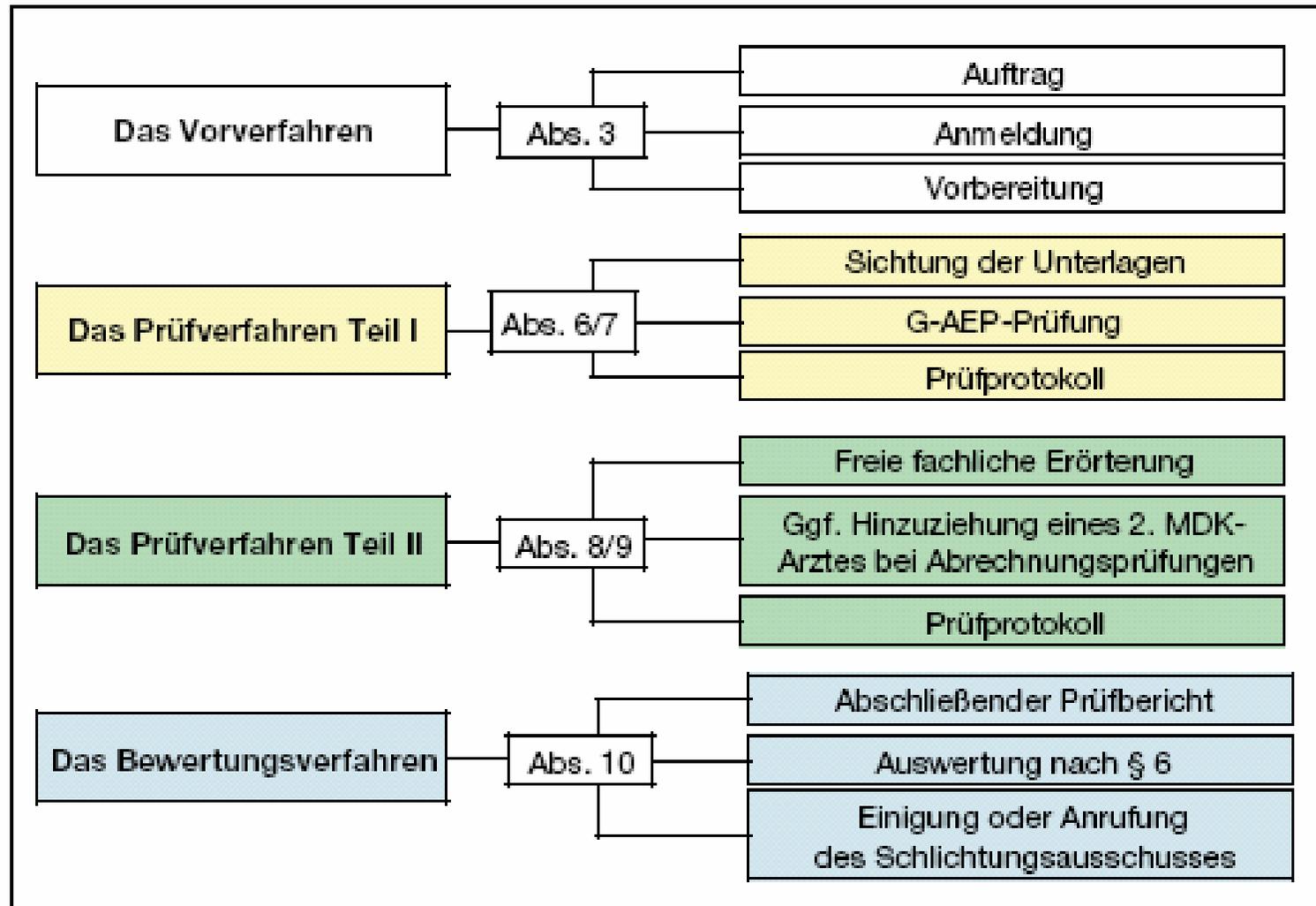
Bei verdachtsabhängigen Prüfungen soll der Prüfanlass mitgeteilt werden. (...) in Baden-Württemberg gelegenen Krankenhäuser ist **allein der MDK Baden-Württemberg** zuständig.

(2) Zwischen der **Information des Krankenhauses** über den Prüfauftrag und dem Beginn der Prüfung sollen **mindestens 4 und höchstens 12 Wochen** liegen. (...)

Der MDK zieht aus der Grundgesamtheit (...) eine **Zufallsstichprobe** und benennt diese dem Krankenhaus **spätestens drei Wochen vor dem Prüftermin**.

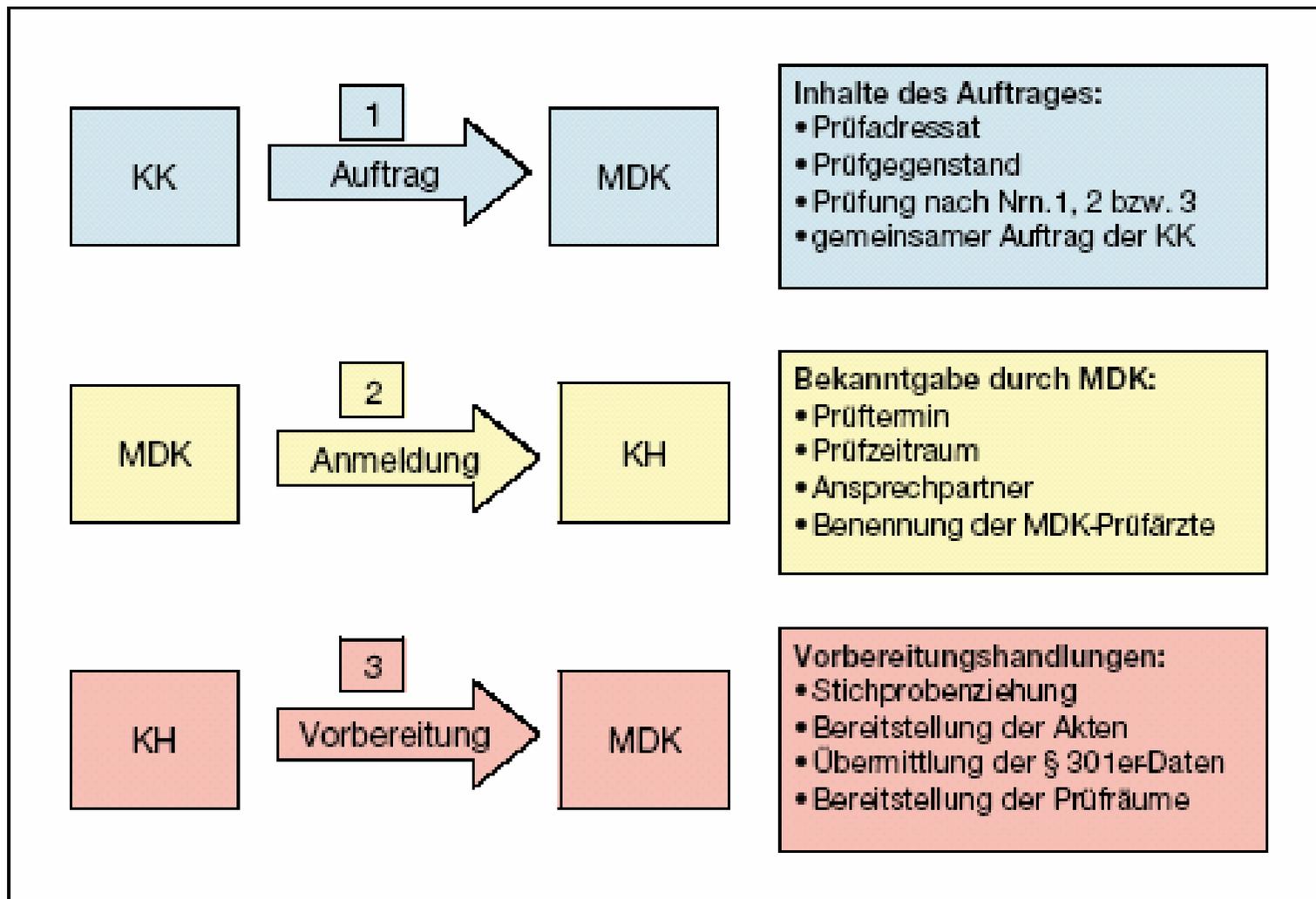
Geprüft werden **nur abgeschlossene Krankenhaufälle (...)** die in den **letzten sechs abgeschlossenen Kalendermonaten** vor Zugang der o. g. Aufforderung entlassen wurden. (...)

## Abbildung 1: Das Prüfverfahren nach § 2



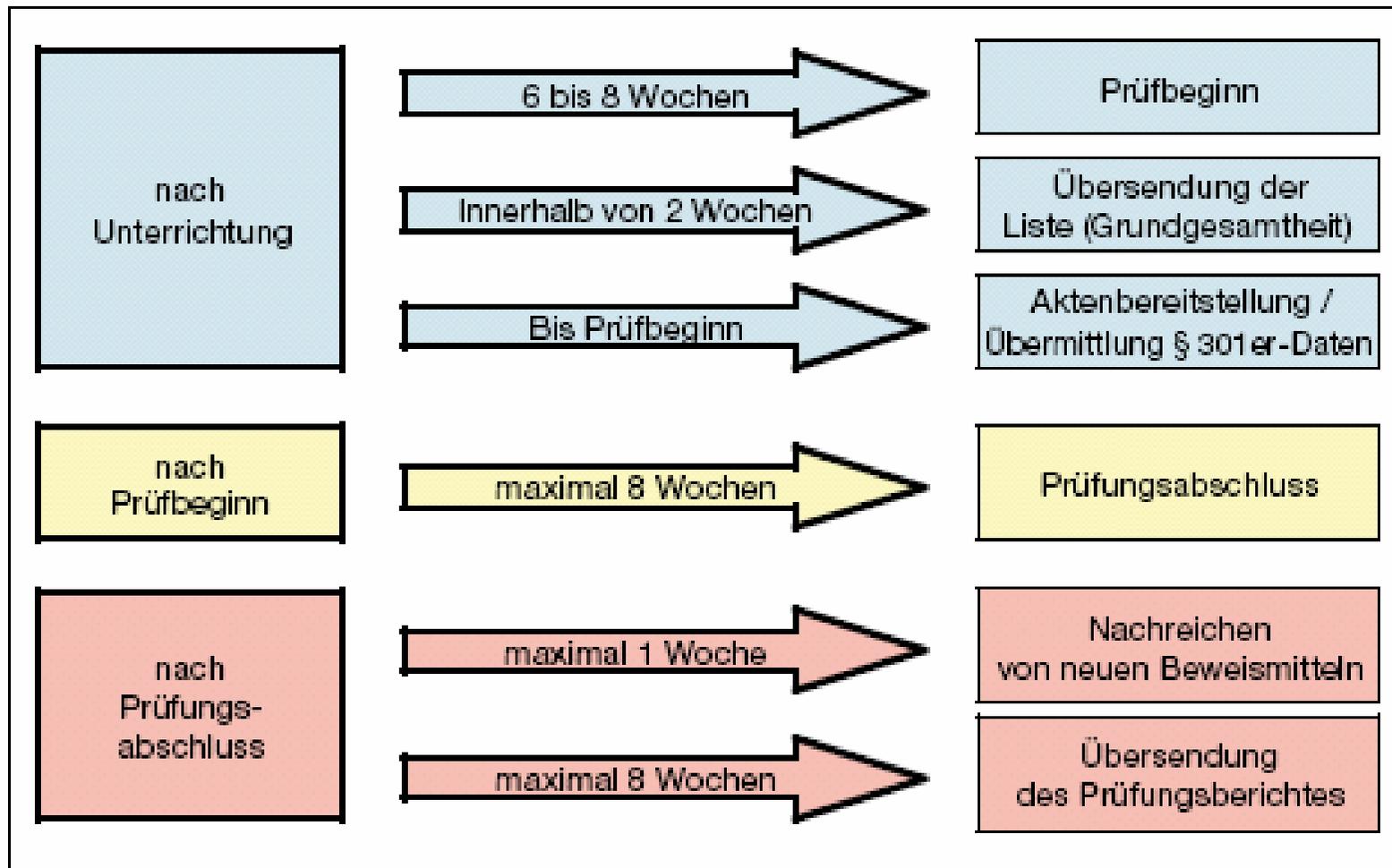
Quelle: Wagner, A., Ganse T. (2004), Stichprobenprüfung im Krankenhaus, Das Krankenhaus 5/2004

## Abbildung 2: Das Vorverfahren



Quelle: Wagner, A., Ganse T. (2004), Stichprobenprüfung im Krankenhaus, Das Krankenhaus 5/2004

## Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf/Fristen



Quelle: Wagner, A., Ganse T. (2004), Stichprobenprüfung im Krankenhaus, Das Krankenhaus 5/2004



# Angemessenheit der stationären Versorgung

## **Appropriateness Evaluation Protokoll (AEP)**

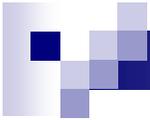
("Aggressives Enthospitalisierungs Programm")

- Gesundheitszustand des Patienten
- Medizinische Leistungen
- Pflegerische Maßnahmen
- Psychosoziale Faktoren



# G-AEP Kriterien

- A Schwere der Erkrankung
- B Intensität der Behandlung
- C Operation / invasive Maßnahmen
- D Komorbiditäten
- E Notwendigkeit einer intensiven Betreuung
- F Soziale Faktoren



# Briefkopf Ihrer Klinik

**Begründung der  
Notwendigkeit stationärer Behandlung**

nach den **Gemeinsamen Empfehlungen  
zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG  
(G-AEP)**

Angaben zum Patienten/Fall (ggf. Klebeetikett)

Name, Vorname	
-	
geboren	stationär von - bis

**A, B Schwere und Intensität der Behandlung**

Grau hinterlegte Gründe sind als alleinige Begründung ausreichend. Für alle anderen Gründe ist nur die Kombination Schwere + Intensität beweisend: es muss mindest ein Grund aus beiden Rubriken vorliegen. Bitte wählen Sie eine Rubrik (☒) und spezifizieren Sie den exakten Grund im Textfeld!

A Rubrik Schwere	B Rubrik Intensität
<input type="checkbox"/> Plötzliche Bewusstseinsstörung od. akuter Verwirrheitszustand (A1) <input type="checkbox"/> Pulsfrequenz: <50 / min oder > 140 / min (A2) <input type="checkbox"/> Blutdruck: systolisch < 90 oder > 200 mmHg, diastolisch <60 oder >120 mmHg (A3) <input type="checkbox"/> Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes (A4) <input type="checkbox"/> Akuter Verlust der Hörfähigkeit (A5) <input type="checkbox"/> Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik (A6) <input type="checkbox"/> Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur) (A7) <input type="checkbox"/> Akute/subakute Blutung und/oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall (A8) <input type="checkbox"/> Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung hampflichtiger Substanzen (A9) <input type="checkbox"/> Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden (A10) <input type="checkbox"/> Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie (A11) <input type="checkbox"/> Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert (A12)	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche bzw. intermittierende i.v.-Medikation u./o. Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein) (B1) <input type="checkbox"/> Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert (B2) <input type="checkbox"/> Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden (B3) <input type="checkbox"/> Behandlung auf einer Intensivstation (B4) <input type="checkbox"/> Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung (B5)

Kommentar zu Schwere und Intensität (Detail-Angaben)

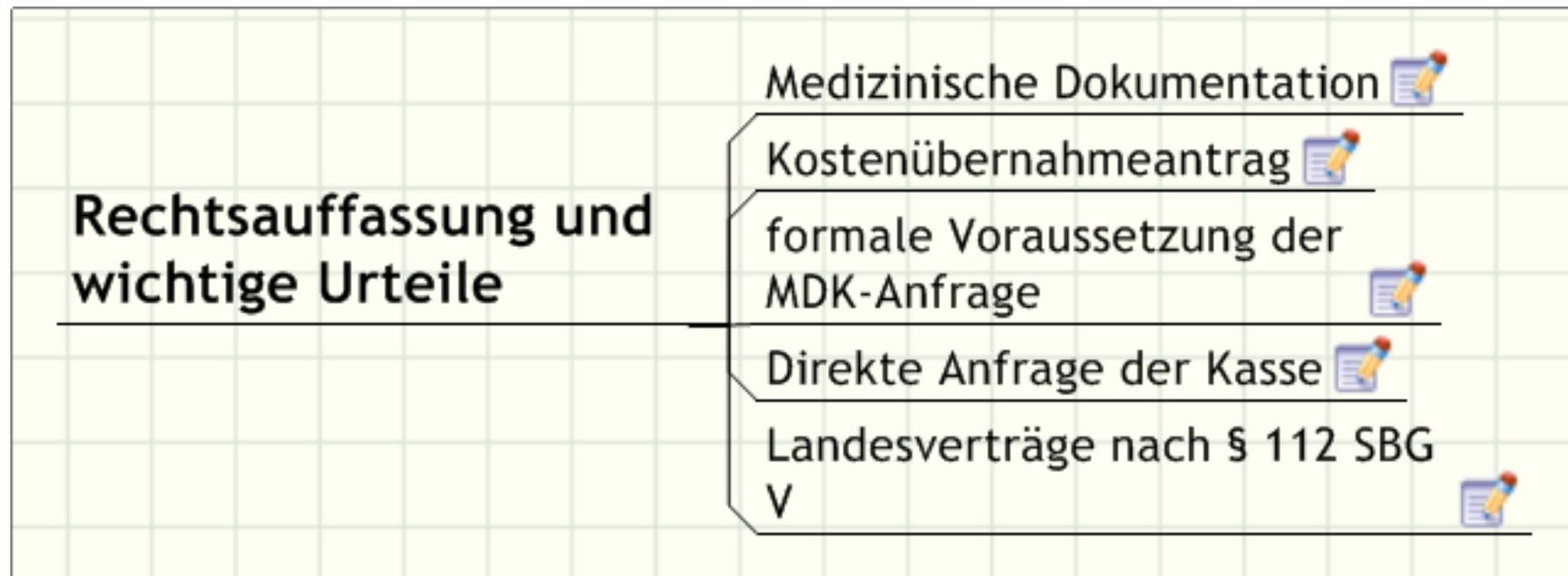
**C Operation / Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahmen)**

- Operation / Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann (C1)
- Operation / Prozedur aus dem Katalog ambulantes Operieren (§115b Abs. 1 SGB-V), die zwar dort mit Sternchen [\*] gekennzeichnet ist (i.d.R. ambulant zu erbringen), für die jedoch eine Begründung nach Anlage 2 des Vertrages zum ambulanten Operieren vorliegt (separates Formular verfügbar) (C2)

Kommentar zu OP/invasive Maßnahme (Detail-Angaben)

Übersicht von PD Dr. U. Leder  
Uni Jena  
(bei myDRG 23.06.04)

# Rechtsauffassung und wichtige Urteile





# Medizinische Dokumentation

Verpflichtung des Krankenhauses zur Dokumentation des Behandlungsfalls. Verletzung kann zu einer **Verschiebung der Beweislast** zum Nachteil des Krankenhauses (Anspruchsbegründung der KH-Leistung) führen (BSGE 86, 166 ff. = SozR 3-2500 § 112 Nr.1 = BKK 2000, 556 ff. = NZS 2001 316 ff.. = SGb 2001, 444 ff.)



# Kostenübernahmeantrag

Handelt es sich nicht um eine besondere Dringlichkeit oder gar vitale Indikation gilt, dass eine Krankenhausaufnahme **Antragsleistung** ist (Vgl. BSGE 82, 158 ff. = SozR 3-2500 § 39 Nr. 5 = NZS 1999, 242 ff.)

Bedeutung eines Kostenübernahmeantrages als vertretenden **Antrag des Versicherten**.

Bei einer Einweisung durch einen Vertragsarzt gilt zunächst zu Gunsten des Krankenhauses, dass von einer späteren Kostenübernahme auszugehen ist (BSGE 79, 190 ff. = NJW 1998, 850 ff.) - eine rasche Klärung ist aber verpflichtend.



# formale Voraussetzung der MDK-Anfrage Einzelfallprüfung!

BWKG:BWKG-Mitteilungen Nr. 331/2000; Nr. 8/2003 u.a.

- Bezug auf die gesetzliche Grundlage (§§ 275 ff SGB V oder § 17c KHG)
- konkrete Fragestellung (Prüfungsgegenstand)
- **konkreter Prüfanlass bei einer Einzelfallprüfung (Verdachtsmoment)**
- Rechtszeitige (zeitnahe) Überprüfung

Streitigkeiten bestehen wegen der Verpflichtung zur Nennung des konkreten Prüfanlasses, auf den aber bestanden werden kann, wenn der **Hinweis auf einen Mißbrauch** der Prüfberechtigung besteht, z.B. im Sinne einer Umgehung des verdachtsunabhängigen Prüfverfahrens nach § 17c KHG (Vgl. Urteil des LSG NRW -L 5 KR 141/01-)

**Aktuell: Klärung mit dem MDS, ggf. Klärung über das Sozialgericht**



# Direkte Anfrage der Kasse

- **§ 301-Datensatz !**
- Kurzbericht = Ausformulierte Informationen des § 301-Datensatzes  
(Frist eine Woche!)

Keine eindeutige Regelung für Privatkrankenkassen:

Hier aktuelle Schweigepflichtentbindung durch Patienten als Voraussetzung der Beantwortung zwingend nötig.



# Landesverträge nach § 112 SGB V

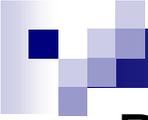
- Regeln die genauen Bedingungen der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen
- **Aktuell: kein gültiger Landesvertrag in BW**
- BWKG (mündlich): trotz Gültigkeitsbefristung auf den 31.12.2003 sollen die Inhalte des alten Landesvertrages noch angewendet werden



Modellprojekt des DRK-KH Alzey und des  
MDK Rheinland-Pfalz

**Modellprojekt des  
DRK-KH Alzey und des  
MDK Rheinland-Pfalz**

---



## Parallelkodierung von Krankenhausfällen

KH und MDK (in das Krankenhaus 6/2004, S. 437 ff.)

- Krankenhaus der Grundversorgung (150 Betten)
- Zufallsstichprobe 100 Fälle/ Monat und FA
- MDK-Prüfer mit entspr. Facharztstatus
- Innere > 40%; Chirurgie > 60% aller Fälle
- Zeitrahmen: 1.-3. Quartal 2003



# Parallelkodierung von Krankenhausfällen

## **Ergebnisse (I)**

### Übereinstimmung der Hauptdiagnose

Innere: 60,8%

Chirurgie: 83,6%

Gynäk.: 59,9%

HNO: 73%

### Problemdiagnosen:

Innere: Herzinsuffizienz, instab. AP, Volumenmangel

Chirurgie: nichtinfekt. Gastroenteritis,  
unspez. Lokalisation bei Frakturen



## Parallelkodierung von Krankenhausfällen **Ergebnisse (II)**

### Nebendiagnosen

insgesamt wurden mehr ND gestrichen als ergänzt (besserung der Tendenz im zeitl. Verlauf – Lerneffekt?!)

### Prozeduren

geringe Differenz zwischen KH und MDK  
(Übereinstimmung > 80%)



## Parallelkodierung von Krankenhausfällen **Ergebnisse (III)**

### DRG und RG

- Übereinstimmung Chir > Innere
- Mindererlöse in allen Kliniken (Innere zunehmend, Chirurgie höher, aber konstant)
- Erlösminderung insg. 2,92% (lt. Verfasser als erstaunlich gering bezeichnet!!!)



# Erfahrungen am UKL HD

Bearbeitungsverfahren 

**Erfahrungen am UKL HD**



# Bearbeitungsverfahren

zentrale Bearbeitung aller MDK- und  
Kassenanfragen von Fällen ab Aufnahmedatum  
01.11.2003 (DRG- Umstieg) durch die  
Stabsstelle QM/MC

Ressourcen:

1,5 ärztl. Mitarbeiter, 2,5 weitere Vollkräfte



# Stand 24.06.2004

- Bearbeitete Fälle: **1558** (exkl. Zweitgutachten)
  - Erledigt. 1101 Fälle (nicht validiert)
  - Anfrage an FA: 538 Fälle (nicht validiert)
  - ohne Änderung: 66 Fälle (nicht validiert)

Quelle: Access-Datenbank MDC-Anfragen



# Anfragen pro Klinik (Ausschnitt)

Entlassende FA	Anzahl von ID-Anfrage
Innere Medizin III (Kardiologie)	185
Allg. Augenheilkunde u. Polikl.	177
Chirurgie I (Allg. Chirurgie)	143
Allg. Frauenheilk./Geburtsh.	107
Innere Medizin IV (Gastroenterol.)	99
Hals-, Nasen- und Ohrenheilk.	98
Neurologie und Poliklinik	96
Innere Medizin V (Hämatol.+Onkol.)	76
Innere Medizin I (Endokrinologie)	69
Kinder I (Allg. Kinderheilk. u. Poliklini)	60
Dermatologie und Venerologie	60
Chirurgie V (Urologie)	46
Klin. Radiologie und Poliklin.	45
Neurochirurgie	44
Chirurgie III (Gefäßchirurgie)	36

■ ■ ■



# Probleme - Fragestellungen

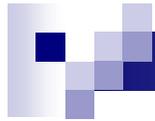
Problem	Anzahl von ID-Anfrage
DRG-Eingruppierung	513
Notwendigkeit stat. Behandlung	367
Dauer der stationären Behandlung	169
ambulante OP	157
Sonstige	111
kein Problem angegeben	53
Arbeitsunfähigkeit	36
Ablehnung Kostenübernahme	17
Differenz KHD und A-Diagnose	1



# Krankenkassen (Ausschnitt)

Kassen_Kuerzel	Anzahl von ID-Anfrage
BEK	402
DAK	277
BKK	199
AOK	192
IKK	159
KKH	97
TKK	30

Entlassende FA	Nov 03	Dez 03	Jan 04	Feb. 04	Mrz 04	Apr 04	Mai 04	Jun 04	Summ e
Allg.Augenheilkunde u. Polikl.	36	19	28	16	35	20	18		172
Chirurgie I (Allg.Chirurgie)	22	31	29	23	26	9	1	1	142
Chirurgie II (Herzchirurgie)	6	8	3	12	3	1			33
Chirurgie IV (Kinderchirurgie)	3	5	1	4	2	1			16
Chirurgie III (Gefäßchirurgie)	7	11	5	7	3	1			34
Chirurgie V (Urologie)	8	8	7	14	8	1			46
Transplantation Chirurgie			1						1
Allg. Frauenheilk./Geburtsh.	19	10	14	19	23	11	1		97
Gynäkologische Endokrinologie		1		1					2
Hals-, Nasen- und Ohrenheilk.	20	11	29	17	11	4	2		94
Dermatologie und Venerologie	10	7	4	10	10	9	4	1	55
Kinder I (Allg.Kinderheilk. u.Poliklini)	9	10	6	8	12	11	1		57
Kinder II (Pädiatrische Kardiologie)	1		2	1	3		1		8
Kinder V (Pädiatrische Neurologie)	2	7	1	4	6	3			23
Kinder IV (Neonatologie)		2	3	1	2	2			10
Kinder III (Pädiatrische Onkologie)	3	6	4	2	1	2			18



Entlassende FA	Nov 03	Dez 03	Jan 04	Feb. 04	Mrz 04	Apr 04	Mai 04	Jun 04	Summ e
Innere Medizin I (Endokrinologie)	11	8	13	13	14	4	1		64
Innere Medizin II (Allg. Klin.u.Psychosom.Med.)	5	2	10	6	5	2			30
Innere Medizin III (Kardiologie)	30	23	38	32	40	13	2	1	179
Innere Medizin IV (Gastroenterol.)	16	16	22	8	25	9	1		97
Innere Medizin V (Hämatol.+Onkol.)	19	14	12	11	13	4	1		74
Neurochirurgie	7	11	3	6	6	8	1		42
Neurologie und Poliklinik	16	15	18	11	20	10	1		91
Anästhesiologie (Intensivmed)	2		2						4
Allgemeine Psychiatrie	5	1	1	1	1				9
Kinder- und Jugendpsychiatrie						1			1
Psychosomatik		1							1
Klin. Radiologie und Poliklin.	6	5	7	11	7	6	2		44
Nuklearmedizin	2	2	1	3			1		9
Gyn. u. geb.hilfl. Radiologie		1							1
Mund-,Kiefer- u. Gesichtschir.	8	10	3	2	4	7	1	1	36