

Standardbestimmung durch Leitlinien?

Günter Ollenschläger

Manuskript

**zum XXV. Kölner Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V.
„Standardchaos – Der Sachverständige im Dickicht von Medizin und Jurisprudenz.“, 9. 11.
2013**

Inhalt

- Leitlinien : Hintergrund, Definitionen, Ziele
- Leitlinien in Deutschland
- Standardbestimmung durch Leitlinien?
- Fazit

Leitlinien: Hintergrund, Definitionen, Ziele

„Qualität der Patientenversorgung“, „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsmanagement“ gehören seit Jahren zu den am häufigsten bemühten Schlagworten in der Gesundheitspolitik. Begründet wird dies unter anderem mit den zunehmend komplexer werdenden Versorgungsprozessen, der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und mit dem berechtigten Wunsch der Öffentlichkeit nach Transparenz in den Dienstleistungssektoren [1].

Vor diesem Hintergrund wurde im In- und Ausland eine Fülle von Maßnahmen zur Förderung der medizinischen Versorgungsqualität etabliert. Medizinischen Leitlinien (Definition - s.Tab. 1) wird eine besonders wichtige Rolle zugemessen [2, 3].

Tabelle 1: Medizinische Leitlinien – Definitionen von BÄK und KBV - Köln, 1997 – [4]

- Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.
- Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar.
- Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.
- Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.
- Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.
- Der Begriff Richtlinien sollte Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Leitlinien haben dabei die Aufgabe, das umfangreiche Wissen (die sogenannte „Evidenz“ aus medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Erfahrung [5]) zu speziellen Versorgungsproblemen

- in expliziter Weise systematisch darzulegen,
- unter methodischen und klinischen Aspekten zu bewerten,
- gegensätzliche Standpunkte ausgewogen darzustellen und zu klären, sowie
- unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren [6].

In Abgrenzung zu anderen Entscheidungshilfen für Ärztinnen und Ärzte (Lehrbücher, Originalpublikationen, Übersichtsartikel etc.) ist das Besondere an Leitlinien darin zu sehen, dass die Sicherung der individuell angemessenen medizinischen Versorgung nicht intuitiv und aufgrund von impliziten und intransparenten Handlungsmaximen erfolgt, sondern auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse anhand von systematisch entwickelten und konsentierten Handlungsempfehlungen [3, 7].

Zusätzlich dienen Leitlinien im Rahmen des Qualitätsmanagements als

- Referenz für Qualitätsziele
- Grundlage für Qualitätsindikatoren [8]
- Prozess- und Ablaufbeschreibungen oder
- Durchführungsanleitungen (z.B. klinische Behandlungspfade [9])

Im Gegensatz zu verbindlichen Richtlinien (z.B. von Arbeitsanweisungen in Institutionen des Gesundheitswesens – etwa in Kliniken - oder von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich des SGB V) sind Leitlinien als Handlungskorridore zu verstehen, die auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruhen und eine Entscheidungsunterstützung innerhalb der Patientenversorgung darstellen [2,4].

Die Anwendbarkeit einer bestimmten Leitlinienempfehlung in der individuellen Situation ist jeweils unter Berücksichtigung der vorliegenden Gegebenheiten (z.B. Begleiterkrankungen des Patienten, verfügbare Ressourcen) zu prüfen [10].

Einschätzungen des Europarates und der deutschen Ärzteschaft zu Chancen und Risiken medizinischer Leitlinien sind in Tab. 2 dargestellt.

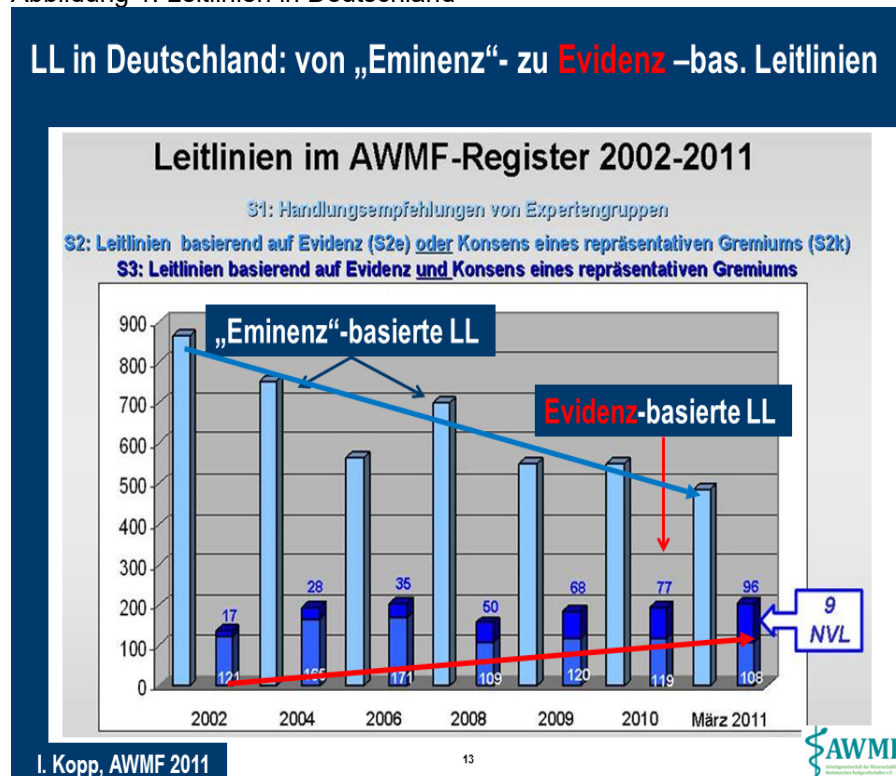
Tabelle 2: Chancen und Risiken medizinischer Leitlinien (nach [2,4])

Chancen von Leitlinien
<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, • Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten • Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten • Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen in der Versorgung • der Information der Öffentlichkeit über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.
Mögliche Risiken einer flächendeckend verpflichtenden Implementierung von Leitlinien:
<ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit • Mangelnde Berücksichtigung des individuellen Patientenwillens • Unzureichende Berücksichtigung der Bedürfnisse und der Situation des individuellen Patienten • Mangelnde Berücksichtigung ethischer Aspekte in der Patientenversorgung • Festschreibung medizinischer Maßnahmen unter dem Primat der Ressourcen-Allokation • Unangemessene Standardisierung medizinischer Maßnahmen • Behinderung medizinischer Innovationen • Beeinträchtigung der Rolle von Leitlinien als Schlüsselinstrument des internen Qualitätsmanagements.

Leitlinien in Deutschland

Leitlinien können mithilfe unterschiedlichster Methoden erstellt werden. In Deutschland war das Vorgehen bei der Formulierung medizinischer Empfehlungen lange primär Experten-zentriert, unsystematisch und daher auch anfällig für systematische Fehler (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Leitlinien in Deutschland



Mittlerweile hat man sich im In- und Ausland auf Standards der Leitlinien-Entwicklung geeinigt [2,3].

In Deutschland haben die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sowie die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin) einheitliche Vorgehensweisen der Leitlinienentwicklung und -bewertung konsentiert [6, 11]. Demnach werden Leitlinien in Abhängigkeit von der Entwicklungsmethode in drei Stufen (S 1–S 3) eingeteilt (s. Tab. 2).

Tabelle 3: Leitlinien-Klassifizierung in Deutschland [12, 13]

Klasse	Leitlinien (LL)-Bezeichnung	Charakteristik
S3	Evidenz- und Konsens-basierte LL	Systemat. Liter.-Recherche, -Auswahl, -Bewertung Struktur. Konsens-Findung / repräsent. Gremium
S2e	Evidenz-basierte LL	Systematische Literatur-Recherche, -Auswahl, -Bewertung
S2k	Konsens-basierte LL	Strukturierte Konsensfindung in einem repräsentativen Gremium
S1	Handlungsempfehlung	Konsensfindung in einer Expertenrunde mit einem informellen Verfahren

In S-3-Leitlinien gelingt es am ehesten, die erstrebenswerten Leitlinieneigenschaften [2,3,4,6,11] – siehe Tab. 3 zu gewährleisten. Ziele dieser Eigenschaften sind (a) Zuverlässigkeit der Leitlinien-Empfehlungen und (b) Transparenz der zugrunde liegenden Begründungen und Entwicklungsprozesse.

Tabelle 4: Erstrebenswerte Eigenschaften / Qualitätskriterien „vertrauenswürdiger“, medizinischer Leitlinien (mod. nach [3,11])

Eigenschaft	Beschreibung
LL-Entwicklergruppe	Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen und Patienten ein.
Entscheidungsfindung	Die Methoden, die zur Formulierung der Empfehlungen verwandt wurden, sind dargelegt.
Interessenkonflikte	Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe & der Umgang mit Interessenkonflikten werden dargelegt.
Geltungsbereich / Zweck	Das Gesamtziel, die behandelten Probleme und die Zielgruppen der LL sind differenziert beschrieben.
Methodologische Exaktheit	Die Entwicklungsmethode der LL ist detailliert beschrieben.
Evidenzauswahl	Bei der Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz werden systematische Methoden angewandt.
Evidenz der Empfehlungen	LL-Empfehlungen enthalten spezifisch, eindeutige und evidenzbasierte Angaben zu Vor- und Nachteile (nicht) empfohlener Maßnahmen.
Evidenzqualität/ Empfehlungsrelevanz	Evidenz-Qualität /-Zuverlässigkeit & Relevanz der LL-Empfehlungen werden mittels „Evidenzstärken“ und „Empfehlungsgraden“ dargelegt.
Begutachtungsverfahren	Die Leitlinie wird vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet.
Geltungsdauer und Aktualisierung	Die Leitlinie enthält ein Verfallsdatum und beschreibt das Verfahren zur Aktualisierung der Empfehlungen.
Redaktionelle Unabhängigkeit	Die Leitlinie enthält Angaben zu ihrer Finanzierung. Sie ist redaktionell von der (den) finanzierenden Organisation(en) unabhängig.

Zuverlässigkeit einer Leitlinie bedeutet in diesem Zusammenhang, dass durch die Befolgung von Leitlinienempfehlungen die erwarteten gesundheitlichen und ökonomischen Resultate (outcomes) tatsächlich erzielt werden können [10].

Die in Tab. 3 dargestellten Qualitätskriterien charakterisieren die Ansprüche an gute S3-Leitlinien, d.h. vertrauenswürdige, evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen.

Eckpunkte sind:

- (a) systematische Recherche nach und Auswahl von wissenschaftlichen Belegen für die empfohlenen Vorgehensweisen,
- (b) Qualitätsbewertung der Literatur und Relevanzdarlegung der Empfehlungen (Evidenzeinstufung in Form des „Level of Evidence“, Empfehlungseinstufung in Form des „Grade of Recommendation“)
- (c) Verknüpfung von Empfehlungen und Belegen (siehe Abb. 1),

(d) Darlegung von und angemessener Umgang mit Interessenkonflikten der an der Leitlinienentwicklung Beteiligten.

Auf diese Weise sollen in einem transparenten Verfahren entwickelte Leitlinien garantiert werden, deren Empfehlungen möglichst sorgfältig erstellt, wahrhaftig, neutral, sachkundig und objektiv sind [14].

Abbildung 2: Beziehung zwischen Evidenz und Empfehlungen in einer evidenzbasierten Leitlinie – Beispiel: Nat. Versorgungs-Leitlinie „Therapie des Typ 2 Diabetes mellitus“ (www.diabetes-versorgungsleitlinien.de)

Empfehlungen aus einer evidenzbasierten Leitlinie

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad
<p>5-7</p> <p>Ernährungsempfehlungen für Menschen mit Typ-2-Diabetes <u>sollen</u> folgende Eckpunkte berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivation zu gesunden, ausgewogenen Kostformen unter Berücksichtigung der bisherigen Ernährungsroutine des Patienten • Verzicht auf industriell gefertigte Lebensmittel, die als sogenannte „Diabetesdiät“ oder „Diabetesnahrung“ deklariert werden <p>[mod. n. NICE, 2008 [201]; ADA, 2008 [12]]</p>	<p>↑↑</p> <p>(starker Konsens)</p>
<p>5-8</p> <p>Menschen mit Typ-2-Diabetes sollten individualisierte Ernährungsempfehlungen erhalten, welche an Therapieziele und Risikoprofil angepasst werden.</p> <p>[NICE, 2008 [201]; Toeller, 2005 [33]; Toeller, 2009 [32]; EASD, 2004 [200]; Franz et al., 2010 [15]; Grade I; ADA, 2008 [12]; Grade B]</p>	<p>↑</p> <p>(starker Konsens)</p>
<p>5-9</p> <p>Menschen mit Typ-2-Diabetes und Adipositas sollten angehalten werden, durch Gewichtsreduktion ihre Stoffwechselsituation zu verbessern.</p> <p>[mod. nach Toeller, 2005 [33]; Toeller, 2009 [32]; EASD, 2004 [200]; Franz et al., 2010 [15]; ADA, 2008 [12]; Grade B]</p>	<p>↑</p> <p>(starker Konsens)</p>

Verknüpft mit Referenzen

Empfehlungsgrad:
 Soll: A / ↑ ↑
 Sollte: B / ↑ Kann: 0 / ↔

Nationale Versorgungsleitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ veröffentlicht

Standardbestimmung durch Leitlinien?

Welche Beziehung haben zum sogenannten „medizinischen Standard“? Können Leitlinien den „Standard“ definieren?

Welcher Standard ist in diesem Zusammenhang gemeint? Der sogenannte „Facharztstandard“, das heißt die in einem spezifischen ärztlichen Fachgebiet vorauszusetzenden Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten unter Berücksichtigung der geltenden Qualitätsstandards der ärztlichen Weiterbildungsordnung [15]? Oder der sogenannte „Standard der medizinischen Wissenschaft“, das heißt der gegenwärtige, gesicherte und anerkannte Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft [16]? Brunkhorst und Dittmayer merken (m.E. zurecht) an, dass der Begriff „Standard“ inhaltlich unbestimmt, unklar, inflationär verwendet wird [17].

Der Begriff Standard impliziert in vielen Ländern die strikte Anwendung und nahezu ausnahmslose Befolgung in einer genau festgelegten medizinischen Situation [2]. Dementsprechend werden Bezeichnungen wie „Vorschriften“, „strikte“ Indikationen oder Kontraindikationen, „strikte Kriterien“, „Protokolle“ sowie „angemessene oder unangemessene Vorgehensweisen“ als alternative Begrifflichkeiten genutzt. Ein Beispiel für einen solchen Standard ist etwa die Vorschrift, vor einer Transfusion die Eignung des Blutes für den Patienten stets durch einen Verträglichkeitstest (sog. Kreuzprobe) zu überprüfen.

Mehrere deutsche Gerichte haben sich in den letzten Jahren mit Zielsetzung, Charakteristik und Verbindlichkeit von Leitlinien auseinander setzen müssen (s. Tab. 5). Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei Leitlinienempfehlungen um subjektive, wertende Ratschläge handelt, von denen im Einzelfall abgewichen werden kann oder sogar muss, **können Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden nicht unbesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden** [18].

Tabelle 5: Ausgewählte Einschätzungen deutscher Gerichte zu ärztlichen Leitlinien

- LL sind als wertende Meinungsäußerungen der Leitlinien-Autoren und -Herausgeber anzusehen (LG Köln 30.11.2011 – 28 O 523/11);
- LL sollen Werturteile auf der Grundlage von Chancen-Risiken-Abwägungen unter Berücksichtigung alternativer Therapiemöglichkeiten enthalten (LG Köln 30.11.2011 – 28 O 523/11) ;
- (Leitlinien-) Empfehlungen sind von subjektiven Bewertungen geprägte Ratschläge. Sie bringen zum Ausdruck, dass ein bestimmtes Verhalten nach der Einschätzung des sich Äußernden befürwortet wird, und sind daher von dem Element der „Stellungnahme“ zu einer bestimmten Fragestellung oder zu bewältigenden Problemlage geprägt (OLG Köln 6.11.2012 – 15 U 221/11).
- LL sind ein wichtiges Hilfsmittel zur Feststellung des aktuellen Erkenntnisstandes der medizinischen Wissenschaften (OLG Naumburg, Urteil vom 20.08.2009 – 1 U 86/08)
- LL sind keine die angesprochenen Ärzte und Therapeuten bindende Richtlinien; ihr Ziel ist es vielmehr, Ärzten sowie Angehörigen nichtärztlicher Berufsgruppen auf der Basis des derzeit besten Standes der Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis Hilfen für die Versorgung von Patienten und in diesem Sinne Therapieempfehlungen zu geben (OLG Köln 6.11.2012 – 15 U 221/11);
- LL können (im Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen) nicht unbesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Sie können kein Sachverständigengutachten ersetzen und nicht unbesehen als Maßstab für den Standard übernommen werden. (BGH Urteil vom 28.03.2008 – VI ZR 57/07).

Fazit

Vertrauenswürdige Leitlinienempfehlungen sollten den gegenwärtigen, gesicherten und anerkannten Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft beschreiben. Ob sie dies tun, muss im Einzelfall geklärt werden.

Leitlinien können auf verbindliche Bestimmungen und Entscheidungen Bezug nehmen. Inhaltlich sind sie als Empfehlungen und Ratschläge zu verstehen. Vielfach werden in Leitlinien Praktiken oder Vorgehensweisen empfohlen, die als allgemein akzeptierte medizinische Standards zu betrachten sind. Wer sich für Lösungen entscheidet, die in beträchtlichem Maße von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen, muss sich auf die Dokumentation und Begründung seiner Entscheidung einstellen.

Standard-Bestimmung erfolgt nicht durch sondern unter Berücksichtigung von Leitlinien.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr.med. G. Ollenschläger
Internist, Leiter des ÄZQ i.R.
EVIMED-INSTITUT, Bergisch Gladbach
Internet: www.evimed-institut.de
Email: go@evimed-institut.de

- 1 Ollenschläger G. Qualitätssicherung - wem nützt das? Med Klinik 2000; 95: 536-538. Internet: http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/MedKlin_GO2000.pdf (Zugriff: 24.3.2014)
- 2 Petrie J, Mäkelä M, Mierzewski P, Hauke E, Goldberg J, Dosquet P, Ollenschläger G, Gevers JKM, Forland F, Vladescu C, Slany J, Arnez Z, Mebius C, Cranovsky R. Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates. Deutschsprachige Ausgabe. Z ärztl Fortb Qual sich 2002; Suppl. III: 1-60. Internet: <http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/Publ2/europaratmethdt.pdf> (Zugriff: 24.3.2014)
- 3 Quaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees, P, for the Board of Trustees of the Guidelines International Network. Guidelines International Network: Towards International Standards for Clinical Practice Guidelines. Ann Intern Med 2012; 156 (7) 525-531. Internet: <http://www.annals.org/content/156/7/525.short> (Zugriff: 24.3.2014)
- 4 Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Ärztebl 1997; 94: A2154-2155. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/7397/Bekanntmachungen-Beurteilungskriterien-fuer-Leitlinien-in-der-medizinischen-Versorgung-Beschlusse-der-Vorstaende-von-Bundesaerztekammer-und-Kassenaerztlicher-Bundesvereinigung-Juni-1997> (Zugriff: 24.3.2014)
- 5 Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N (Hrsg) Evidenz-basierte Medizin in Klinik und Praxis. 2. Aufl. Köln, Deutscher Ärzteverlag 2007
- 6 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ). Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2001; 95 Suppl 1:1–84. Internet: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-publikationen-zu-leitlinien/leitlinien-manual.html> (Zugriff: 24.3.2014)
- 7 Helou A, Lorenz W, Ollenschläger G, Reinauer H, Schwartz FW. Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. Konsens zwischen Wissenschaft, Selbstverwaltung und Praxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2000;94(5):330–339. Internet: <http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/hellorol.pdf> (Zugriff: 24.3.2014)
- 8 Kopp I, Geraedts M, Jäckel WH, Altenhofen L, Thomeczek C, Ollenschläger G. Nationale VersorgungsLeitlinien - Evaluation durch Qualitätsindikatoren. Med Klinik 2007; 102: 678-682. Internet: <http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/MedKlinNVLQI07.pdf> (Zugriff: 24.3.2014)
- 9 Ollenschläger G, Lelgemann M, Kopp I. Nationale VersorgungsLeitlinien – Nutzung im Qualitätsmanagement unter besonderer Berücksichtigung von Klinischen Behandlungspfaden und Regionalen Leitlinien. Med Klinik 2007; 102: 565–569. Internet: http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/MedKlin_NVL_QM.pdf (Zugriff: 24.3.2014)
- 10 Ollenschläger G. Stellenwert ärztlicher Leitlinien in der Arzthaftungsbeurteilung. Z Herz- Thorax-Gefäßschir 2008; 22: 287-295. Internet: http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/LL_Haftung_2008_go.pdf (Zugriff: 24.3.2014)
- 11 Encke A, Kopp I, Selbmann H-K, Hoppe J-D, Köhler A, Ollenschläger G (2005) Das deutsche Instrument zur Leitlinien-Bewertung DELBI. Dtsch Ärztebl; 2005; 102: A-1912-1913. Internet: www.delbi.de (Zugriff: 24.3.2014)
- 12 Kopp I, Encke A, Lorenz W (2002) Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin. Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45:223–233
- 13 Muche-Borowski C, Kopp I. Wie eine Leitlinie entsteht. Z Herz- Thorax- Gefäßschir 2011; 25:217-223. Internet: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/AWMF-Publikationen/Muche-Borowski_Kopp_2011-4.pdf (Zugriff: 24.3.2014)
- 14 LG Köln, 30.11.2011 – 28 O 523/11 und OLG Köln, 6.11.2012 – 15 U 221/11 (AWD.pharma ./ BÄK, KBV, AWMF). Internet: <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinienbewertung/delbi/mdb/news/news2012-12-05-01> (Zugriff: 24.3.2014)
- 15 Bremisches Krankenhausgesetz § 28, Stand 11.11.2012. Internet: <https://bremen.beck.de/default.aspx?bcid=Y-100-G-BrKrhG> (Zugriff: 24.3.2014)

16 Bundesärztekammer. Muster-Weiterbildungsordnung § 2 (3) (Stand 2011). Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129> (Zugriff: 24.3.2014)

17 Brunkhorst H , Dittmayer M. Der „medizinische Standard“: Wie bestimmt sich eigentlich der „richtige“ Standard? *Seminararbeit im „Gesundheitsrechtlichen Seminar“ von Benedikt Buchner: Universität Bremen, 2008: Internet: <http://www.helge-brunkhorst.de/texte/Standard.htm> (Zugriff: 24.3.2014)

18 BGH, Beschl. v. 28.03.2008 - VI ZR 57/07. Internet: <http://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=28.03.2008&Aktenzeichen=VI%20ZR%2057/07> (Zugriff: 24.3.2014)