

SGAR / SSAR

Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation
Société Suisse d'anesthésiologie et de réanimation

Sekretariat : Postfach, 3000 Bern 25, Tel : 031 332 34 33, Fax 031 332 98 79

Website: www.sgar-ssar.ch, E-mail: barbara.buehlmann@bbscongress.ch

SGAR STANDARDS UND EMPFEHLUNGEN 2002

ARBEITSGRUPPE :

Franz FREI, BASEL : *franz.frei@ukbb.ch*

Thomas PASCH, ZÜRICH : *t.pasch@bluewin.ch*

Patrick RAVUSSIN, SION : *patrick.ravussin@rsv-gnw.ch (président)*

Thomas SCHNIDER, ST. GALLEN : *thomas.schnider@kssg.ch*

Alexandre SCHWEIZER, NEUCHÂTEL : *alexandre.schweizer@ne.ch*

Max WINTSCH, YVERDON : *max.wintsch@ehnv.ch*

INHALTSVERZEICHNIS

I. PERSONAL

II. TECHNISCHE GESICHTSPUNKTE

III. VERHALTEN UND EINSTELLUNG

IV. RÄUMLICHKEITEN

V. SCHLUSSFOLGERUNGEN

VI. BIBLIOGRAFIE

I. EINLEITUNG

1. Das Fach der Anästhesiologie und die Anästhesietätigkeit haben sich in den letzten zehn Jahren deutlich weiterentwickelt. Das war der Anlass, die Standards und Empfehlungen der SGAR von 1993 zu aktualisieren.
2. Diese Standards und Empfehlungen stellen eine Sammlung von Vorschlägen dar, die darauf ausgerichtet sind, ein vorgegebenes Niveau der Anästhesietätigkeit zu erreichen mit Hilfe von vernünftigen und realistischen Zielen sowie regelmässigen Überarbeitungen. Sie wurden von einer Arbeitsgruppe erarbeitet (Expertenmeinung). Die vorliegende Fassung wurde vom Vorstand genehmigt, allen Mitgliedern zur Vernehmlassung vorgelegt und von der Generalversammlung 2002 gutgeheissen. Bei der Formulierung wurde auf die spezifischen Verhältnisse in der Schweiz Rücksicht genommen.
3. Die Anästhesiologie ist eine eigenständige medizinische Fachdisziplin. Eine Abteilung für Anästhesiologie muss von den anderen Abteilungen im Spital unabhängig und diesen gleichgestellt sein. Ihre Leistungen hängen unter anderem von ihrer Personalausstattung ab. Ihr Hauptziel ist eine sichere Patientenversorgung, die auf der Kontrolle und Gewährleistung der Qualität basiert.
4. Diese Standards und Empfehlungen sind darauf ausgerichtet, Minimalerfordernisse für die optimale perioperative, das heisst prä-, intra- und postoperative Betreuung betreffend folgender Punkte festzulegen:
 - Personal
 - Ausstattung
 - Monitoring
 - Verhalten und Einstellung
 - Räumlichkeiten
5. **Das Ziel dieser Standards und Empfehlungen ist es,**
 - die Anästhesiesicherheit zu erhöhen,
 - eine Anästhesiepraxis zu erreichen, die auf gemeinsamer Erfahrung beruht,
 - den Begriff der Qualitätssicherung zu fördern,
 - sicherzustellen, dass hinsichtlich Anzahl und Weiterbildung (FMH und SBK) angemessen Personal zur Verfügung steht,
 - zahlen- und qualitätsmässig geeignete Geräte zu verwenden,
 - die Leistungsbeurteilung eines Anästhesisten oder einer Institution zu ermöglichen,
 - Hilfe im Falle einer juristischen Auseinandersetzung zu bieten,
 - die Wichtigkeit der Weiter- und Fortbildung für die Anästhesietätigkeit zu unterstreichen,
 - dank den Empfehlungen unserer Fachgesellschaft staatliche Vorschriften zu vermeiden.

6. Die folgenden Standards und Empfehlungen gelten für alle Anästhesiearbeitsplätze innerhalb und ausserhalb von Operationsabteilungen. Definitionsgemäss ist ein Anästhesiearbeitsplatz eine Stelle, wo ein Patient eine Allgemeinanästhesie, eine Leitungs- oder Regionalanästhesie oder eine anästhesiologische Überwachung (*monitored-anesthesia care, MAC*) erhält oder wo ein *Stand-by* unter der Verantwortung eines *verantwortlichen Facharztes für Anästhesiologie* stattfindet.

7. Qualitätsaspekte

Die Qualitätsaspekte, die die Prozess- und Strukturqualität betreffen, sind in der untenstehenden Tabelle zusammengefasst; diejenigen, die das Personal betreffen, werden im Kapitel II behandelt.

PROZESSQUALITÄT	STRUKTURQUALITÄT
<p>Gewährleistung durch: Die Anästhesieabteilung, geleitet von einem fachlich unabhängigen Arzt in Chefarzt oder leitender Funktion mit eidgenössischem oder anerkanntem Facharztstitel.</p> <p>Sie basiert auf:</p> <p>1. <i>Organisation der Patientenversorgung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anästhesiologische Voruntersuchung • Aufklärung und Einverständnis des Patienten • Minimale Sicherheitsstandards • Postanästhesiologische Überwachung und Betreuung inkl. Schmerztherapie • Zugang zur Intensivtherapie <p>2. <i>Personalstruktur (basierend auf):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung der Verantwortung • Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal • Vereinbarungen über die Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten (Grundsatz des gegenseitigen Vertrauens in die jeweilige Fachkompetenz). 	<p>Gewährleistung durch: Spitalträger Personal der Anästhesieabteilung</p> <p>Sie basiert auf:</p> <p>1. <i>Räumliche Voraussetzungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Präoperative Untersuchung • Operationseinheit • geeignete postoperative Überwachung <p>2. <i>Personelle Voraussetzungen (Dotation) basierend auf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berechnungsgrundlagen • Lösungsmodelle <p>3. <i>Apparative Ausstattung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ausstattung muss den geltenden Minimalnormen genügen <p>Die Möglichkeit, Anforderungen zu erfüllen, hängt direkt von der personellen und apparativen Ausstattung ab.</p>

8. Definitionen

<i>Muss</i>	=	<i>verpflichtend</i>
<i>Sollte</i>	=	<i>dringend erwünscht</i>
<i>Verfügbar</i>	=	<i>muss oder sollte in der Nähe des Anästhesiearbeitsplatzes vorhanden sein</i>
<i>MAC (monitored-anesthesia care)</i>	=	<i>Überwachung bei diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen mit oder ohne Lokalanästhesie durch den Operateur und mit oder ohne Sedation/Analgesie.</i>
<i>Stand-by</i>	=	<i>Bereitschaft zum unmittelbaren Eingreifen ohne Anwesenheitspflicht am Anästhesiearbeitsplatz, z.B. bei Risikogeburten.</i>
<i>Verantwortlicher Facharzt für Anästhesiologie</i>	=	<i>Anästhesiearzt mit anerkannter Weiterbildung, welche durch einen eidgenössischen oder einen als ebenbürtig anerkannten Facharztstitel bestätigt ist. Dieser Anästhesiearzt ist zur Fortbildung verpflichtet.</i>
<i>Anästhesiearzt in Weiterbildung</i>	=	<i>Arzt in Weiterbildung für das Gebiet der Anästhesiologie oder ein anderes Fachgebiet, der nach dem Prinzip der Aufgabendelegation durch den verantwortlichen Anästhesiearzt arbeitet.</i>
<i>Für die Anästhesieführung verantwortlicher Anästhesiearzt</i>	=	<i>Verantwortlicher Facharzt für Anästhesiologie oder im Auftrag handelnder Anästhesiearzt in Weiterbildung.</i>

II. PERSONAL EINER ABTEILUNG FÜR ANÄSTHESIE

1. Die Durchführung einer Anästhesie ist eine medizinische Handlung, für die der *verantwortliche Facharzt für Anästhesiologie* zuständig ist.
2. Dem *Anästhesiearzt in Weiterbildung* wird durch Delegation medizinische Verantwortung in Abhängigkeit von seinen Kompetenzen und dem Stand seiner Weiterbildung anvertraut. Diese Delegation erfolgt unter der Verantwortung des *verantwortlichen Facharztes für Anästhesiologie*.
3. Der *für die Anästhesieführung verantwortliche Anästhesiearzt* ist während der Gesamtdauer der Anästhesie im Spital anwesend. Er kann die Anästhesieführung teilweise oder ganz einem unter seiner Verantwortung handelnden Mitarbeiter übertragen (vgl. Kapitel II, Abschnitt 2, 5 und 6).

4. Mittels Delegation von Aufgaben kann der *verantwortliche Facharzt für Anästhesiologie* in Abhängigkeit von den Kompetenzen und dem Weiterbildungsstand seiner Mitarbeiter mehrere Operationssäle überwachen. Er muss sich in diesem Fall sofort freimachen können, um an den von ihm überwachten Anästhesiearbeitsplätzen eingreifen zu können. Der *verantwortliche Facharzt für Anästhesiologie* kann (wenn er sich selbst innerhalb oder ausserhalb der Operationsabteilung aufhält) seine Verantwortung an einen *Anästhesiearzt in Weiterbildung* delegieren. Wenn der *verantwortliche Facharzt für Anästhesiologie* nicht am Platz anwesend ist, muss er innert nützlicher Frist erreichbar sein, um bei Bedarf eingreifen zu können.
5. Für bestimmte Anästhesiephasen (Einleitung, Ausleitung, usw.) muss der *Anästhesiearzt in Weiterbildung* bzw. sollte der *verantwortliche Facharzt für Anästhesiologie* sich durch Personal unterstützen lassen, das speziell weitergebildet ist oder sich in Weiterbildung befindet (*Anästhesiepflegepersonal, Anästhesieärzte in Weiterbildung, verantwortliche Fachärzte für Anästhesiologie*). Im Minimum muss jedoch eine Person, die zwar nicht anästhesiologisch weitergebildet, aber mit der Ausrüstung und den Räumlichkeiten vertraut ist, anwesend sein, um dem verantwortlichen Anästhesiearzt während der Einleitung, der Ausleitung oder im Falle einer Komplikation zu helfen.
6. Das Anästhesiepflegepersonal zeichnet sich durch eine Weiterbildung aus, die durch ein Schlussexamen bestätigt ist. Es arbeitet im Team mit dem *für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiearzt*. Diese Arbeit umfasst zugleich die Ausführung medizinischer Verordnungen und Durchführung klar definierter Aufgaben (Berufsbild : [htm](http://www.siga-fsia.ch/deutsch/pflege/berufsbi.htm) <http://www.siga-fsia.ch/deutsch/pflege/berufsbi.htm> sowie Reglement und Stoffplan : [htm](http://www.siga-fsia.ch/deutsch/pflege/bestimmungen.htm)), die ihm im Rahmen seiner Fähigkeiten anvertraut werden. Das Eingreifen des einen oder anderen ist variabel und hängt von der Wichtigkeit der Anästhesie und des Eingriffs ab. Das Anästhesiepflegepersonal kann in Anwesenheit des *für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiearztes* die Einleitung und Ausleitung einer Allgemeinanästhesie gemäss dessen Vorgabe oder einer bestehenden Weisung vornehmen. Dieser kann dem Anästhesiepflegepersonal die Überwachung des Patienten während der Anästhesie anvertrauen. Dieser Arzt muss zwingend und unmittelbar über das Auftauchen jeglicher Normabweichung informiert werden und im Spital anwesend sein.

Im Falle eines schweren und vitalen Notfalls ist das Anästhesiepflegepersonal gehalten, gemäss seiner Kompetenz ohne Verzug Not- und Wiederbelebungsmaßnahmen einzuleiten. Es sollten für diese Situationen in jeder Anästhesieabteilung Weisungen erstellt werden.

Das Anästhesiepflegepersonal ist medizinisch dem *für die Anästhesieführung verantwortlichen Anästhesiearzt* direkt unterstellt, ausser im Falle spezieller Notsituationen (siehe oben). Die administrative Unterstellung des Anästhesiepflegepersonals kann jedoch je nach Spital hiervon abweichen.

7. Das für die Überwachung und Betreuung nach Anästhesien zuständige Pflegepersonal zeichnet sich dadurch aus, dass es die Zeichen und Stadien des Erwachens nach Anästhesien kennt und bei Zwischenfällen unverzüglich geeignete Massnahmen einleiten kann. Ein *verantwortlicher Facharzt für Anästhesiologie* ist für dieses Pflegepersonal medizinisch verantwortlich. Den Verlegungszeitpunkt und damit die Beendigung der spezifischen Überwachungs- und Behandlungsphase nach Anästhesien legt der *für die Anästhesieführung verantwortliche Anästhesiearzt* fest. Berücksichtigt werden die dem Spital eigenen Umstände und die spezifischen Vorgaben der chirurgischen Nachbehandlung.

8. Anästhesiologische Aktivität

Ein *verantwortlicher Facharzt für Anästhesiologie* verbringt ungefähr 50 % seiner beruflichen Zeit im Operationssaal. Die verbleibende Zeit ist der präoperativen Beurteilung und der postoperativen Nachsorge der Patienten, der Fortbildung, administrativen und Lehraufgaben vorbehalten. Für den Abteilungsvorsteher und die *verantwortlichen Fachärzte für Anästhesiologie* mit Spezialaufgaben (Verwaltungsverpflichtungen, Lehrverpflichtungen usw.) kann die klinische Verpflichtung im Operationssaal geringer sein.

Die Gestaltung des Operationsprogramms muss verpflichtend der Verfügbarkeit des Anästhesiedienstes hinsichtlich Ausstattung und Personal Rechnung tragen (**Quantität und Qualität gemäss der Schwere der Fälle**).

Je nach spezifischen Eigenschaften des Spitals und dem Umfang des Notfallbetriebes muss zwingend eine Erholungsphase nach absolvierten Diensten eingeplant werden.

Die Personalausstattung muss der Zahl und dem Schwierigkeitsgrad der Leistungen angepasst werden (Neurochirurgie, Herzchirurgie, Pädiatrie, Orthopädie und Traumatologie, geburtshilfliche Analgesie, akuter Schmerzdienst, räumlich verteilte Arbeitsplätze, Notfalldienst, Tätigkeit auf Intensivstationen, Tätigkeit im präklinischen Notfalldienst und in der Schmerzklinik, administrative und Verwaltungsaufgaben usw.).

III. TECHNISCHE ASPEKTE

1. Anästhesiegerät (<http://www.sgar-ssar.ch/spital/spital.ch>)

Das Anästhesiegerät muss die Zuführung von Sauerstoff und Luft (ergänzt oder nicht durch Inhalationsanästhetika und/oder Lachgas) ermöglichen. Es muss Spontanatmung oder manuelle Beatmung ermöglichen und gegebenenfalls mit einem Ventilator versehen sein. Es sollte eine Anästhesiegas Absauganlage vorhanden sein.

Bei Verwendung von Inhalationsanästhetika muss ein Verdampfer mit einer Genauigkeit von $\pm 20\%$, der mit einem gastypischen Auffüllmechanismus versehen ist, vorhanden sein.

Die verwendeten Anästhesiegeräte müssen vom Hersteller zugelassen und nach dessen Vorschriften regelmässig geprüft werden.

Das Anästhesiegerät muss im Minimum die folgenden Elemente enthalten:

- Manometer, die permanent die Gasversorgungsdrucke anzeigen
- Ein Sauerstoff-Mangelalarm
- Eine Vorrichtung zur automatischen Unterbrechung der Lachgaszufuhr (Steuerung des Lachgasflusses gemäss dem des Sauerstoffs)
- Flowmeter, die ein $FiO_2 > 0,21$ garantieren
- Ein high-flow Sauerstoff-Bypass.

Zu den Überwachungsvorrichtungen des Gerätes gehören Manometer und ein Alarm für Diskonnektion und Unterdruck in der Gasversorgung.

Jeder verwendete Apparat muss einmal täglich nach einer Checkliste, die für jede Abteilung und für jeden Apparat erstellt ist, geprüft werden. Eine teilweise Prüfung wird zwischen zwei Interventionen wiederholt, wenn ein Teil des Materials gewechselt wird oder ein anderes Anästhesieteam die Gerätschaft übernimmt. Für jeden Apparat muss ein Terminplan der periodischen Apparateprüfung durch einen Techniker vorliegen (vgl. Medizinprodukteverordnung von 1996 (MepV) des Bundesrates).

2. Intubationskoffer

In jeder Operationsabteilung muss Material für eine schwierige Intubation und sollte ein fiberoptisches Bronchoskop verfügbar sein.

3. Absaugung

An jedem Arbeitsplatz muss ein Apparat zum Absaugen von Sekreten verfügbar sein.

4. Überwachung

- *Oxygenierung*: Pulsoxymeter und (für Patienten in Allgemeinanästhesie) inspiratorische Sauerstoff-Konzentration (muss); schnell verfügbare Blutgasanalyse und in- und expiratorische Konzentrationsmessung von Inhalationsanästhetika (sollte).
- *Beatmung*: Kapnograph für Patienten in Allgemeinanästhesie (muss). Bei apparativer Beatmung Alarm für Diskonnektion und Okklusion sowie Spirometer (muss).
- *Kreislauf*: EKG und nichtinvasive Messung des arteriellen Blutdrucks (muss); invasive Überwachung des arteriellen und des zentralvenösen Drucks muss für instabile Patienten und/oder für schwere geplante Eingriffe verfügbar sein.
- *Relaxation*: Peripherer Nervenstimulator (TOF) (sollte).
- *Temperatur*: Thermometer bei Kindern sowie bei schweren und/oder langen Eingriffen (sollte).

Nicht erwähnt wird hier die klinische Überwachung, sie versteht sich von selbst.

5. Venöse Zugänge; Etikettierung

Alle anästhesierten Patienten sollten einen venösen Zugang haben; alle Spritzen müssen etikettiert sein.

6. Defibrillator

Ein Defibrillator muss (und ein externer Schrittmacher sollte) in der Nähe jedes Anästhesiearbeitsplatzes vorhanden sein und regelmässig kontrolliert werden.

7. Anästhesieunterlagen

Die Anästhesieunterlagen enthalten die präoperative Beurteilung mit Angaben zur Aufklärung des Patienten und seinem Einverständnis (vgl. Empfehlungen der SGAR für Aufklärung und Einwilligung des Patienten: <http://www.sgar-ssar/spital/spital/htm>), das Anästhesieprotokoll und die postoperativen Verordnungen. Sie müssen beim Patienten vorhanden sein.

8. Wärmeerhaltende bzw. –zuführende Geräte

Um einen unerwünschten Abfall der Körpertemperatur zu vermeiden, sollte ein Gerät verfügbar sein, das Wärme zuführen kann.

IV. VERHALTEN UND EINSTELLUNG

Das Verhalten (oder Auftreten) des Anästhesiarztes muss gegenüber Patienten, Kollegen und nichtärztlichem Personal gemäss den ärztlichen Standesregeln untadelig sein.

V. RÄUMLICHKEITEN

Jeder Anästhesiearbeitsplatz muss eine bestimmte Anzahl von Kriterien erfüllen:

- **Zugänglichkeit:** für liegende Patienten zugänglich
- **Ausrüstung:** Sauerstoffquelle, Absaugung, Monitoring, Möglichkeit der manuellen Beatmung (gegebenenfalls der apparativen Beatmung), Material (einschliesslich Defibrillator) und Medikamente für Notfälle verfügbar, Kommunikationsmöglichkeiten verfügbar.

Die Anästhesiearbeitsplätze müssen sich in Räumlichkeiten mit ausreichender Nutzfläche und Frischluftzufuhr befinden. Eine postanästhesiologische Überwachung und Betreuung, die unter der Verantwortung der Anästhesieabteilung erfolgt, sollte in der Nähe der Anästhesiearbeitsplätze stattfinden.

VI. SCHLUSSFOLGERUNG

Diese Standards und Empfehlungen dienen dazu, sich so zu verhalten und das Personal sowie die Ausstattung so einzusetzen, dass die Häufigkeit und Schwere von Zwischenfällen vermindert wird. Diese Standards und Empfehlungen müssen innerhalb des Fachgebietes weit verbreitet werden.

VII. BIBLIOGRAFIE

1. Schweizer Norm SN EN 740: Anästhesie-Arbeitsplätze und ihre Module – Besondere Festlegungen (1999). Schweizerische Normen-Vereinigung, Mühlebachstrasse 54, 8008 Zürich.
2. Medizinprodukteverordnung (MepV) vom 24. Januar 1996. Schweizerischer Bundesrat.
3. Entschliessungen, Empfehlungen, Vereinbarungen, Leitlinien, 3. Aufl., H.W. Opderbecke und W. Weissauer (Hrsg.). Aktiv Druck & Verlag GmbH, Ebelsbach 1999. ISBN 3-932653-04-1.
4. International standards for a safe practice of anaesthesia. The international task force on anaesthesia safety (adopted by the WFSA 13 June 1992). Eur J Anaesthesiol; 10 (Suppl 7): 12-15, 1993.
5. European Board of Anaesthesiology Training Guidelines, chapter 2.1.5. Published May 1996, facilitated by BJA.
6. SSAR: normes et recommandations, juin 1993.
7. Recommandations de la SSAR pour le consentement éclairé du patient, 2000.
8. Standards for basic anesthetic monitoring, ASA 1998.
9. Guidelines for ambulatory anesthesia and surgery, ASA 1998.
10. Guidelines for nonoperating room anesthetizing locations, ASA 1994.
11. Guidelines for office based anesthesia, ASA 1999.
12. Position on monitored anesthesia care, ASA, 1998.
13. Practice advisory for preanesthesia evaluation. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthetic Evaluation. Anesthesiology; 96: 485-96, 2002.
14. Practice guidelines for postanesthetic care. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology; 96: 742-52, 2002.
15. Check-list for anaesthetic apparatus, AAGBI, 1997
16. Guidelines for obstetric anaesthesia services, AAGBI, 1997
17. The anesthesia team, AAGBI, 1998.
18. Recommendations for standards of monitoring during anesthesia and recovery, AAGBI, 2000.
19. Information and consent for anesthesia, AAGBI, 1999.
20. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale, SFAR 1992.
21. Recommandations concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant l'utilisation, SFAR 1994.
22. Recommandations concernant les transports médicalisés intrahospitaliers, SFAR 1994.
23. Recommandations concernant le rôle de l'infirmier-anesthésiste diplômé d'Etat, SFAR, 1995.
24. Recommandations concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie, SFAR 1995.
25. Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire, SFAR 1990, 1994.
26. Recommandations concernant la surveillance et les soins post-anesthésiques, SFAR 1990, 1994.
27. Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie, SFAR 1989, 1994.
28. Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie, SFAR 1997.
29. La consultation en anesthésie et la visite pré-anesthésique, SFAR 1997.

30. Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie-réanimation, SFAR 1996.
31. Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du Code de la Santé publique (France).
32. Une aide à la lecture pour l'Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du Code de la Santé publique, SFAR 1997.
33. Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé publique (France).

Hinweis: Diese Referenzen können auf den folgenden Websites gefunden werden :

<http://www.sfar.org>

<http://www.aagbi.org>

<http://www.snv.ch>

<http://www.ASAhq.org>

<http://www.dgai-nuernberg.de>

<http://www.sgar-ssar.ch>

http://www.admin.ch/ch/d/sr/c819_124.html

Diese Standards und Empfehlungen wurden an der GV vom 16. November 2002 angenommen. Sie ersetzen alle früheren Fassungen.