

# Indikationsverfahren : unumgängliche Neuregelung des Zugangs zur Suchthilfe?

Autor(en): **Uchtenhagen, Ambros**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **30 (2004)**

Heft 4

PDF erstellt am: **20.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800568>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Indikationsverfahren – unumgängliche Neuregelung des Zugangs zur Suchthilfe?

Die Praxis der Therapieindikation muss transparenter und, wo nötig, verbessert werden. Im Folgenden wird versucht, die dabei zu berücksichtigenden Faktoren aufzuzeigen. Eine Neuregelung des Verfahrens hat vielfachen Ansprüchen zu genügen.

AMBROS UCHTENHAGEN\*

Um einer Behandlung möglichst grosse Erfolgchancen zu geben, braucht es nicht nur geeignete TherapeutInnen mit den nötigen Kenntnissen und einer ausreichenden Infrastruktur.

Im individuellen Fall bedarf es einer Abklärung, die über das Stellen einer Diagnose hinausgeht: Lebenssituation, Problemfelder, Vorgeschichte, eigenes Potential, Beratungs- und Behandlungsbedürfnisse, Bereitschaft etwas zu verändern und auf sich zu nehmen, sind die Stichworte dazu.

## Warum braucht es eine Indikation?

Das Verkennen wichtiger Umstände wie zum Beispiel einer Mehrfachabhängigkeit, einer Komorbidität, einer

\* Ambros Uchtenhagen, Prof. Dr. med. et phil. I, Institut für Suchtforschung, Postfach, 8031 Zürich, T: 0041 1 448 11 60, Email: uchtenha@isf.unizh.ch

Beziehungspathologie, einer spezifischen Überforderungssituation oder einer Konfliktsituation im Hintergrund des Suchtverhaltens behindert die Erfolgchancen.

Ausserdem bedarf es einer guten Kenntnis der möglichen Therapieverfahren und ihrer differentiellen Indikation, sowie der regionalen Suchthilfeeinrichtungen und ihrer Leistungsfähigkeit, um abschätzen zu können, wo die Behandlung im individuellen Fall die besten Chancen hat.

Indikationsstellung meint diesen Klärungsprozess im gegebenen konkreten Fall. Sie dient einer Optimierung der Erfolgchancen des jeweils gewählten Therapieplans und ist die Grundlage dafür, den Betroffenen die individuell bestgeeignete Behandlung zu vermitteln.

Die gezielte Vermittlung einer Behandlung («Treatment matching») ist keine neue Idee und hat im Bereich der Therapie von Suchtkrankheiten eine längere Tradition<sup>1</sup>. Vielfache weiterführende Forschung in diesem Bereich hat eine Reihe von Faktoren identifiziert, die beim Matching von Bedeutung sein können. Diese Faktoren sollen im Folgenden dargestellt werden.

## KlientInnenbedürfnisse und Therapieziele

Es gibt spezielle Bedürfnisse, die berücksichtigt werden müssen, um Verbleib und Erfolg einer Therapie zu optimieren. Ein wichtiges Beispiel sind psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Hirnstörungen, Psychosen. Je besser auf die entsprechenden Befindlichkeiten, Verletzlichkeiten und Therapiebedürfnisse Rücksicht genommen werden kann, desto besser ist die Prognose<sup>2</sup>.

Suchtkranke mit einer psychischen Störung brauchen in der Regel stärker

und klarer strukturierte Therapieprogramme<sup>3</sup>.

Eine wichtige Entscheidung hat die Indikation bereits bei den Therapiezielen zu stellen. Was soll verändert werden? Was zuerst? Woraufhin soll mittel- und längerfristig gearbeitet werden? Wegleitend sind zum einen die Bedürfnisse und Ziele der Betroffenen, aber auch die Erfahrungen des Therapierenden. Unrealistisches anzustreben trägt den Keim des Scheiterns in sich.

In jüngerer Zeit hat die Wahl zwischen kontrolliertem Konsum einerseits, Nullkonsum (Abstinenz) andererseits an Bedeutung gewonnen, vor allem seit Früh- und Kurzinterventionen eingeführt wurden mit dem Ziel, schädlichen Konsum durch ein besser kontrolliertes Konsummuster zu ersetzen<sup>4</sup>. Gute soziale Integration und Abwesenheit deutlicher Psychopathologie gelten als Voraussetzungen für kontrolliertes Trinken; sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, wird empfohlen auf Abstinenz hinzuarbeiten<sup>5</sup>.

## Stellenwert der Therapiemethode

Die Skala von Methoden und Verfahren ist breit, im Bereich der psychosozialen Interventionen ebenso wie im Bereich der Pharmakotherapie und anderen biologischen Therapien. Die Auswahl des im Einzelfall Richtigen kann sich teilweise auf entsprechende Forschungsergebnisse abstützen, muss aber auch auf das Verfügbare abstellen.

Im Bereich der psychosozialen Interventionen ist abzuwägen zwischen professioneller Hilfe einerseits, und organisierter Selbsthilfe andererseits. Empathische Verfahren, die das Selbstgefühl und die Selbstwirksamkeit stärken, stehen konfrontativen Verfahren gegenüber. Verschiedene psychotherapeutische Schulen bieten ihre Hilfe an.



Die Indikationsstellung hat die Aufgabe herauszufinden, wie weit professionelle Hilfe unumgänglich ist, ob ein konfrontatives Vorgehen überhaupt ertragen werden kann (was bei vielen psychischen Störungen nicht der Fall ist), ob ein verhaltenstherapeutischer lerntheoretischer Ansatz angezeigt ist oder eher ein konfliktbearbeitender. Als Standard gelten heute die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren<sup>6</sup>, sowohl bei Suchtkranken wie auch bei den Frühinterventionen gegen schädliches Konsumverhalten.

Bei pharmakotherapeutischen Verfahren stehen insbesondere die medikamentösen Rückfalltherapien sowie die Substitutionsbehandlungen bei Opiat- und Tabakabhängigkeit zur Diskussion.

Generell akzeptierte Regeln für die Indikation von Acamprosat und Naltrexone als Anti-craving Medikationen

gibt es derzeit nicht; es wird lediglich empfohlen, sie bei starkem Craving einzusetzen.

Bei den Substitutionstherapien für Opiatabhängigkeit hat eine starke Diversifikation stattgefunden. Die Wahl des geeigneten Ersatzstoffes (Methadon, Buprenorphin, Morphin, LAAM) hängt vom Wirkungsspektrum ab, von Nebenwirkungen, Verfügbarkeit und Preis<sup>7</sup>.

Suchtbehandlung beschränkt sich in der Regel nicht auf eine Einzelmassnahme. Pharmakologische Therapien können durch begleitende psychosoziale Massnahmen in ihrer Wirksamkeit verbessert werden, und Psychotherapien können durch Pharmaka, sofern indiziert, unterstützt werden. Aufgabe der Indikationsstellung ist es deshalb auch, eine Gewichtung der einzelnen Massnahmen vorzunehmen.

## Ambulant oder stationär?

Ambulante Behandlungen haben bestimmte Vorteile gegenüber stationären Therapien: geringere Kosten, bessere Akzeptanz bei Betroffenen, grössere Flexibilität für das individuelle Regime. Es ist deshalb wichtig zu wissen, wann trotzdem eher eine stationäre Therapie indiziert ist. Weitgehend akzeptiert sind folgende Bedingungen<sup>8</sup>:

- Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störung
- Schwere kognitive Störung
- Vorangegangene Therapieabbrüche
- Rückfallgefährdendes Umfeld
- Schlechte soziale Integration, Marginalität

Auch bei eher ungünstigen Voraussetzungen für das Gelingen einer ambulanten Therapie wird man einen Versuch wagen, wenn keine Bereitschaft für einen stationären Aufenthalt zu erreichen ist, eine wichtige Arbeitsstelle auf dem Spiele steht oder die Finanzierung Probleme macht.

Als Regel kann heute gelten: eine ambulante Behandlung steht dann im Vordergrund, wenn ausreichende persönliche und soziale Ressourcen vorhanden sind und keine medizinischen Komplikationen bestehen, die eine stationäre Behandlung nötig machen<sup>9</sup>.

## Behindernde Zugangsregeln

Auch Therapieeinrichtungen und -programme stellen Ansprüche an diejenigen, die ihre Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Dazu gehört die Fähigkeit, das Therapieprogramm aktiv mitzumachen sowie die Compliance mit den gestellten Therapiebedingungen. Wer die Anforderungen nicht erfüllt oder seine Einwilligung mit den Rahmenbedingungen verweigert, wird nicht aufgenommen.

Körperliche oder psychische Begleiterkrankungen sind häufig Grund für eine Nichtaufnahme, latente Suizidgefahr ist in der Regel ein Ausschlussgrund, nicht zuletzt zum Schutz der Institution.

Bei der Indikationsstellung ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass institutionelle Faktoren bei der Entscheidungsfindung ins Gewicht fallen, wie z.B. Wartezeiten, Erreichbarkeit, Flexibilität für individuelle Regimes, Diskretion des Zugangs, Finanzierungsmodus. Während mehrwöchiger Wartezeiten kann die Motivation für eine Behandlung

verloren gehen. Andere Faktoren können schwerwiegende praktische Hindernisse darstellen oder den Betroffenen inakzeptabel erscheinen. Damit kann eine Realisierung des Wünschbaren erschwert oder gar verunmöglicht werden.

Die wachsenden Gesundheitskosten haben zur Folge, dass auch in der Suchttherapie gespart werden muss. Dies kann zu einer Bevorzugung kostengünstiger Behandlungen führen, ohne Rücksicht auf deren Ergebnisse. Sinnvoller ist eine Politik, die unter Behandlungen mit gleich guten Ergebnissen diejenigen bevorzugt, die am günstigsten sind. Gleichzeitig ist im Auge zu behalten, dass nicht für alle Betroffenen dieselbe Therapie und Therapie-Intensität angezeigt ist.

Für die Indikationsstellung bedeutet dies, dass ausser den genannten fachlichen und institutionellen Gesichtspunkten auch der gesundheitsökonomische zu beachten ist. Allerdings ist die Datenlage zur Kosteneffektivität der verschiedenen Behandlungsvarianten noch nicht ausreichend, um die nötigen Entscheidungshilfen zu geben. Dies ist aber unumgänglich, um Kostenträger vom Wert einer Behandlung zu überzeugen.

### Grenzen des Matching

Dem Bestreben, im konkreten Fall die bestmögliche Behandlung zu identifi-

### Indikations-Schemata

Einzelne Faktoren lassen sich schematisch zusammenfassen, um Anhaltspunkte für die Indikationsstellung zu geben. Ein solches Schema kann z. B. folgendermassen aussehen:

Psychische Störung	Soziale Instabilität	Bedürfnis nach Struktur	Abhängigkeitsgrad	Indizierte Behandlung
Niedrig	Niedrig/mittel	Niedrig	Niedrig	Kontrolliertes Trinken
Niedrig	Niedrig/mittel	Niedrig	Hoch	Abstinenztherapie
Mittel	Niedrig/mittel	Niedrig	Hoch	Wenig strukturiert, ambulant
Mittel	Niedrig/mittel	Hoch	Hoch	Stark strukturiert, ambulant
Mittel	Hoch	Niedrig	Hoch	Wenig strukturiert, stationär
Mittel	Hoch	Hoch	Hoch	Stark strukturiert, stationär
Hoch	Hoch	Hoch	Hoch	Geschützte Unterkunft, niederschwellig

Tab. 1: Indikationsschema nach Lindstrom 1992

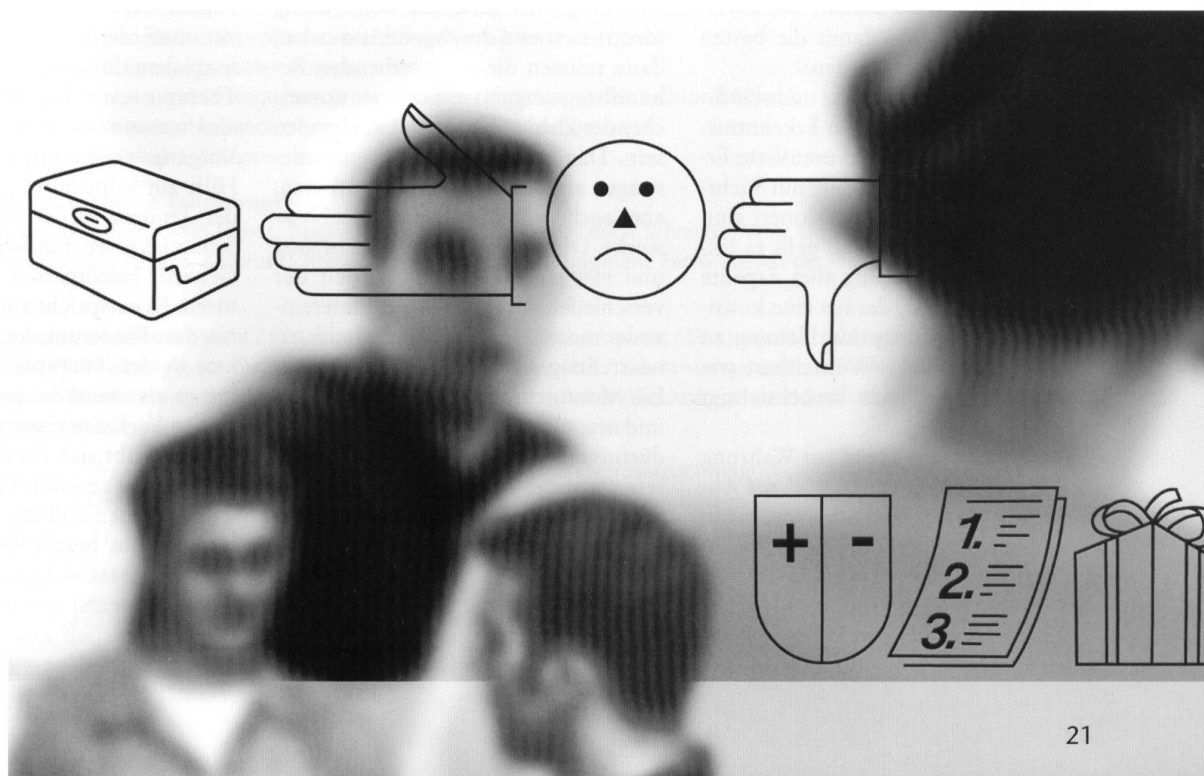
zieren und anzuwenden, stehen gewichtige Hindernisse entgegen.

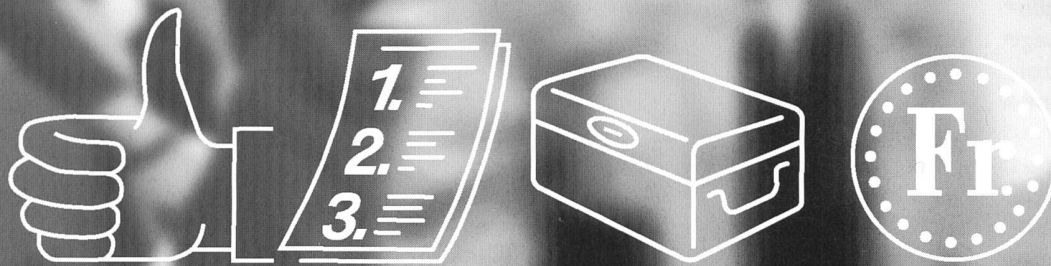
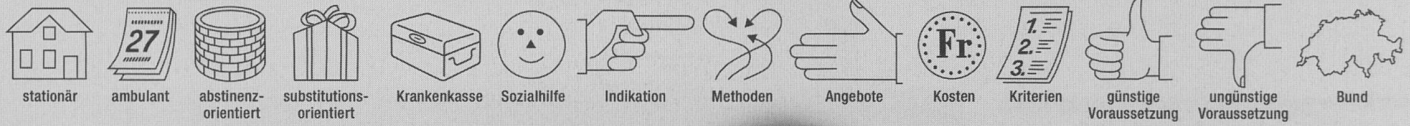
Angesichts der Tatsache, dass viele Behandlungen zum Ziel führen und keine allen anderen überlegen ist<sup>10</sup>, sollte die Bedeutung der «richtigen Wahl» nicht überschätzt werden. Ausserdem muss gesagt sein, dass die wissenschaftlichen Grundlagen für eine gezielte Indikation oftmals nicht ausreichen.

Im weiteren sind die subjektiven Erwartungen und Präferenzen der PatientInnen zu nennen. Sie schränken nicht nur die Chancen einer Zuweisung zu einer Therapie ein, die nicht den persönlichen Vorstellungen entspricht. Sie sind auch ein Teil der Be-

handlungsmotivation und damit ein therapeutischer Faktor, der nicht zu unterschätzen ist. So konnte gezeigt werden, dass der therapeutische Erfolg besser ist, wenn den Betroffenen die Wahl der Behandlung (nach gründlicher Information und allenfalls mit Einschränkungen) überlassen wird<sup>11</sup>. Ein anderes Problem bildet die Akzeptanz der Zuweisung seitens der Therapie-Institution. Nicht alle sind geneigt, eine extern gestellte Indikation zu übernehmen, und behalten sich eine eigene Indikationsabklärung vor, die auch den institutionellen Bedürfnissen und Prioritäten Rechnung trägt.

Ein nochmals anderes Problem sind die bei MassnahmepatientInnen mitspie-





lenden juristischen Vorgaben. Gerichte haben oft ihre eigenen Vorstellungen darüber, welche Behandlung im gegebenen Falle zulässig sei.

### Kunst der Indikation

Wie bringt man das nun alles zusammen? Kann man die Indikation auf wissenschaftliche Evidenz allein abgestützt nach Schema stellen? Die Zweifel sind gross, dass damit die besten Ergebnisse erreicht werden.

Wissenschaftliche Evidenz und ständige Berücksichtigung neuer Erkenntnisse sind das eine. Das akkumulierte Erfahrungswissen im Umgang mit SuchtpatientInnen und Institutionen sind das andere. Im Einzelfall geht es immer um eine Abwägung aller Aspekte und um die Kunst, daraus eine konsistente und überzeugende Planung zu machen. Sowohl das Wünschbare wie das Machbare müssen berücksichtigt werden.

Es entspricht dem Trend zur Wahrung von PatientInnenrechten und zur Abkehr von paternalistisch-einseitigen Entscheiden in der Therapiewahl, im Indikationsverfahren die subjektiven Erwartungen der Betroffenen und ihre Mitwirkung gebührend zu berücksichtigen<sup>12</sup>.

### Optimierung des Zugangs zur Suchthilfe

Was ergibt sich nun aus dieser Übersicht über die verschiedenen Faktoren der Indikationsstellung?

#### *Folgerungen für die Versorgungsplanung:*

Soll für die Mehrzahl der Betroffenen eine möglichst geeignete Behandlung identifiziert und durchgeführt werden, dann müssen die entsprechenden Behandlungsangebote auch in ausreichender Zahl und Qualität vorhanden sein. Das bedeutet Qualitätsanforderungen an die einzelnen Institutionen, aber auch an die therapeutischen Netzwerke. Ohne eine sinnvolle Ergänzung und effiziente Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen untereinander macht eine verbesserte Indikationsstellung wenig Sinn.

Ein Monitoring über die vorhandenen und neu entstehenden Behandlungsbedürfnisse gehört ebenso zu den Voraussetzungen der Versorgungsplanung wie die Abschätzung des globalen Behandlungsbedarfs.

#### *Folgerungen für die Therapieplanung:*

Therapieindikation ist ein anspruchsvoller Teil eines Abklärungs- und Mo-

tivationsprozesses, der gelernt sein will und der angesichts der sich fortlaufend verändernden Grundlagen eine ebenso fortlaufende Weiterbildung verlangt.

#### *Stellenwert der Indikation:*

Die Indikation ist soviel wert wie die Therapie, auf die man sich einigt. Je mehr die Behandlungsmotivation der Betroffenen als ein therapeutischer Faktor respektiert wird, je mehr motivationsfördernde Verfahren eine Rolle spielen, desto deutlicher wird, dass Therapie – welcher Art auch immer – als Unterstützung eines autoremissiven Vorgangs verstanden werden muss, als Hilfe zur Selbsthilfe<sup>13</sup>. Dies entspricht der Tendenz in der Suchtprävention, Schutzfaktoren mindestens ebenso viel Gewicht beizumessen wie Risikofaktoren. Es entspricht auch der Erkenntnis, dass Förderung der Selbstwirksamkeit in der Therapie meistens mehr bringt als überredendes oder zwangsweises Verfügen einer Behandlung. Damit ergibt sich für die Indikationsstellung als zentrale Frage: wie kann im gegebenen Fall die Selbstheilungstendenz am besten unterstützt, wie kann Selbstschädigungstendenz am besten gebremst werden?

Und schliesslich ergibt sich daraus, dass das Indikationsverfahren so orga-

nisiert werden muss, dass es seiner Aufgabe und dem geschilderten Prozess am ehesten gerecht wird. Davon wird es abhängen, ob eine Neuregelung zur Hilfe oder zur Hürde für eine erfolgreiche Therapie wird. ■

#### Literatur

- **Babor T., Del Boca FK., 2002:** Treatment matching in alcoholism. Cambridge University Press, Cambridge
- **Deiters J., 1990:** Ambulante Therapie mit Drogenabhängigen – ein Beitrag zum Indikationsproblem. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 13:45-50
- **Finney JW., Moos RH., 1986:** Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues. In: Journal of studies on alcohol 47:122-134
- **Gossop M., Marsden J., Stewart D., 2001:** NTORS after five years. The National Treatment Outcome Research Study. National Addiction Centre, London
- **Gottheil E., Thornton C., Weinstein S., 2002:** Effectiveness of high versus low structure individual counselling for substance abuse. In: American Journal on Addictions 11:279-290
- **Hämmig R., in press:** Differentielle Behandlungsindikation – Indikation für Substitutionsbehandlung und Schadensminderung. In: Abhängigkeiten
- **Heather N., 1995:** Interpreting the evidence on brief interventions; the need for caution. In: Alcohol and alcoholism 30:287-296
- **Heather N., Robertson I., 1983:** Controlled drinking. Methuen, London
- **Johnson RE., Chutuape MA., Strain EC., Walsh SL., Stitzer ML., Bigelow GE., 2000:** A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence. In: New England Journal of Medicine 343:1290-1297
- **Kosten T., 2003:** Evidence for the choice between methadone, LAAM and buprenorphine. In: Waal H, Haga E (Eds): Maintenance Treatment of Heroin Addiction. Evidence at the crossroads. Kappalen, Oslo: 108-120
- **Krausz M., 2003:** Maintenance treatment of opioid addicts with codeine and morphine. In: Waal H, Haga E (Eds): Maintenance Treatment of Heroin Addicts. Evidence at the crossroads. Kappalen, Oslo: 121-128
- **Lindstrom L., 1992:** Managing alcoholism: matching clients to treatments. Oxford University Press, Oxford
- **McLellan AT., 1983:** Matching substance abuse patients to appropriate treatment methods: a conceptual and methodological approach. In: Journal of nervous and mental diseases 171:597-605
- **Moggi F., Ouimette PC., Finney JW., Moos RH., 1999:** Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. In: Journal of Studies on Alcohol 60:856-866
- **Nordström G., Berglund M., 1987:** A prospective study of successful long-term adjustment in alcohol dependence: social drinking versus abstinence.. In: Journal of Studies on Alcohol 48:95-103
- **United Nations Office on Drug and Crime UNODC, 2002:** Contemporary Drug Abuse Treatment. A review of the evidence base. United Nations, New York
- **Wetterling T., 1997:** Therapieindikation. In: Wetterling T., Veltrup V. (Hrsg), 2001: Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Springer, Berlin:62-66

#### Fussnoten

- <sup>1</sup> (McLellan 1983, Finney & Moos 1986)
- <sup>2</sup> (UNODC 2002)
- <sup>3</sup> (z.B. Gottheil et al 2002, Moggi et al 1999)
- <sup>4</sup> (Heather & Robertson 1983, Heather 1995)
- <sup>5</sup> (Nordström & Berglund 1987)
- <sup>6</sup> (UNODC 2002)
- <sup>7</sup> (Johnson et al 2000, Kosten 2003, Krausz 2003)
- <sup>8</sup> (nach Wetterling 1997)
- <sup>9</sup> (UNODC 2002)
- <sup>10</sup> (für Alkoholismustherapie: Babor & Del Boca 2002, für die Behandlung von Drogenabhängigkeit: Gossop et al 2001)
- <sup>11</sup> (Heather 1995: 39)
- <sup>12</sup> (Hämmig, in press)
- <sup>13</sup> (Deiters 1990)

Fachhochschule Aargau  
Nordwestschweiz



Inserat

## NDK Spezialisierung in Suchtfragen I Grundlagenmodul des Nachdiplomstudiums «Sucht», 5. Studienjahrgang 2005/06

Spezifisches Fachwissen, ein breites methodisches Repertoire und Offenheit für interdisziplinäre Zusammenarbeit sind Voraussetzungen für professionelles Handeln im Suchtbereich.

#### Ziele: Die Teilnehmenden

- aktualisieren und vertiefen ihr suchtspezifisches professionelles Wissen
- verbessern ihre persönlichen und sozialen Kompetenzen
- kennen Theorien, Konzepte und Strategien im professionellen Umgang mit der Suchtproblematik
- setzen diese Theorien in wirksame Handlungsansätze für die Suchtarbeit um
- verbessern ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit im Suchtbereich

#### Dozenten und Dozentinnen (angefragt)

Thilo Beck, Marie-Louise Ernst, Milo Huber, Bettina Isenschmid, Cornelia Kranich Schneider, Willy Oggier, Wim Nieuwenboom, Rosmarie Ruder, Corinne Schlösser, Ambros Uchtenhagen und weitere ausgewiesene Fachleute aus der Praxis

#### Inhalte

Theorien und Ursachenmodelle der Sucht / Historische, kulturelle und ethische Aspekte / Drogenpolitische Modelle / Erscheinungsformen von Sucht / Pharmakologie von Suchtmitteln / Gesundheitliche Aspekte / Substanzungebundene Suchtformen / Diagnostik und Behandlung von Suchtstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter / Rechtsfragen und Sachhilfe / Qualitätsmanagement in der Suchtarbeit / Lerngruppen / Projekt- oder Konzeptarbeit / Kolloquium

**Kursleitung:** Urs Gerber, lic. phil., Dozent Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, Departement Soziale Arbeit, Abteilung Weiterbildung/Dienstleistungen

**Ausbildungsdauer:** 21. März 2005 bis 21. Oktober 2005: NDK Spezialisierung in Suchtfragen I

**Anmeldeschluss:** 1. Februar 2005

Detaillierte Angaben finden Sie auf der Internetseite der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz: [www.fh-aargau.ch](http://www.fh-aargau.ch) oder können im Sekretariat der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, Departement Soziale Arbeit, Abteilung Weiterbildung/Dienstleistungen Stahlrain 2, CH-5201 Brugg bezogen werden. Tel. 056 462 88 00; Fax 056 462 88 55; e-mail: [sa-weiterbildung@fh-aargau.ch](mailto:sa-weiterbildung@fh-aargau.ch)