



## Wie bringt man eine schwierige Anfrage zum „Happy End“? Umgang mit Herausforderungen in der Online-Prävention

Online-Berater/innen und -Präventionist(inn)en sehen sich im Arbeitsalltag immer wieder vor Herausforderungen gestellt. Dass das Medium Internet Fragen aller Art von Nutzern aus aller Welt zulässt, erzeugt oft Druck und Ratlosigkeit. Denn neben Anfragen, die sich ohne größere Probleme beantworten lassen, kommen auch solche, die umfangreichere Recherchen oder viel Fingerspitzengefühl erfordern, z. B. von Menschen in Lebenskrisen, mit seelischen Problemen oder mit krankhafter Infektionsangst („Aidsphobie“), ebenso von Menschen aus Afrika mit Heiratswünschen oder von Sextouristen, die in Fernost oder in der Karibik unterwegs sind. Es herrscht babylonisches Sprachengewirr, man muss auf alles gefasst und für jede Situation gewappnet sein. Oft versteht man das Anliegen selbst bei mehrmaligem Nachfragen nicht, und nicht für jedes Problem findet sich eine zufriedenstellende Lösung. Manchmal glaubt man zu scheitern, was für Frustration sorgen und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten aufkommen lassen kann.

In diesem Seminar stehen Situationen im Mittelpunkt, die Online-Berater/innen und -Präventionist(inn)en persönlich stark fordern, verunsichern oder ihnen rätselhaft erscheinen. Anhand von Beispielen aus der Praxis wollen wir gemeinsam Lösungsvorschläge erarbeiten, die für alle Beteiligten – also auch die Rat Suchenden – ein „Happy End“ ermöglichen.

**Termin:** 07.05. – 09.05. 2010

**Ort:** Kochel am See

**Zielgruppe:** in der Online-Beratung oder -Prävention tätige Haupt- und Ehrenamtliche

**Leitung/Moderation:** Christopher Knoll

**Teilnehmerzahl:** maximal 18

**Teilnahmegebühr:** keine

**Fahrtkostenerstattung:** ja, siehe „Fahrtkosten“ S. 7

**Anmeldung:** Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstr. 138, 10967 Berlin

**Rückfragen:** Clemens Sindelar, 030/69 00 87-41

**Seminarkennnummer:** 4S-5366

Ankündigung unter Vorbehalt; siehe hierzu „Ankündigung von Seminaren“ S. 5

# Anmeldeformular

**Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:**

**Titel:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Seminarkennnummer:** \_\_\_\_\_

**Ich bin Mitarbeiter/in in folgender Aidshilfe / Einrichtung:**

\_\_\_\_\_

**Teilnahmezusage, Anreiseskizze und Seminarunterlagen (oder Absage, falls ausgebucht) erbitte ich an folgende Postanschrift** (bitte Druckbuchstaben):

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße und Hausnr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ und Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefonnr.:** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Darf die **Telefonnummer** auf der Anmelde-Liste, die vorab zugesandt wird und der selbstständigen Zusammenstellung von Fahrgemeinschaften dient, veröffentlicht werden?

ja  nein

**Alter:** \_\_\_\_\_ **Mitarbeit in der Aidshilfe / in anderer Einrichtung seit:** \_\_\_\_\_

**Ich arbeite als** \_\_\_\_\_

Bei Berater- und Betreuertrainings sowie Spezialisierungskursen für fortgeschrittene Mitarbeiter/innen bitten wir um folgende Angaben (andernfalls kann die Anmeldung nicht berücksichtigt werden).

**Ich habe folgende Einführung in die Aidshilfe-Arbeit besucht:**

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

- Ich erteile der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. einmalig eine Einzugsermächtigung über folgenden Betrag für o.g. Veranstaltung:**

Betrag in €: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift  
des Kontoinhabers/  
der Kontoinhaberin: \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der  
Verfügungsberechtigten: \_\_\_\_\_

- Die Seminargebühr – sofern ausgeschrieben – überweise ich sofort nach Erhalt der Teilnahmebestätigung (mit dem Vermerk der Seminarkennnummer und des Veranstaltungsorts) auf das Konto der Deutschen AIDS-Hilfe Nr. 070 3500 500 bei der APO-Bank BLZ 300 606 01.**

- Für mich muss eine Substitution organisiert werden.**

Ich werde substituiert mit \_\_\_\_\_ ml/ \_\_\_\_\_ mg L-Polamidon/Methadon. Name und Adresse des vor Ort substituierenden Arztes werden mir mit der Teilnahmezusage mitgeteilt. Ich selbst werde dann veranlassen, dass mein behandelnder Arzt diesem Kollegen rechtzeitig das entsprechende BtM-Rezept mit Mengenangabe zukommen lässt.

- Ich benötige während der Veranstaltung eine ärztliche Betreuung, und zwar:**

\_\_\_\_\_

- Ich melde zusätzlich folgende Kinder an:**

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

**Kinderbetreuung gewünscht:**  ja  nein

Sollte ich aus unvorhergesehenen persönlichen oder dienstlichen Gründen verhindert sein, so verpflichte ich mich, die Anmeldung umgehend zu stornieren. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Teilnahme an DAH-Fortbildungsveranstaltungen – besonders zu einer Abmeldung – werden von mir anerkannt (siehe S. 7 oder in jedem Anhang des DAH-Rundbriefs). Weiterhin ist mir bekannt, dass meine Anmeldung nicht berücksichtigt wird, wenn die Angaben im Anmeldeformular unvollständig sind.

Ort/Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bestätigung durch die  
Aidshilfe/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Die DAH verwendet ihre Daten ausschließlich für die Organisation und Abrechnung ihrer Veranstaltungen. Darüber hinaus erfolgt die Weitergabe an Dritte nur zur Vertragserfüllung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen (siehe „Allgemeine Geschäftsbedingungen S.5). Gerne lassen wir ihnen per Post oder E-Mail Informationen über unsere Veranstaltungen zukommen. Die Nutzung ihrer Daten zu diesem Zweck können Sie jederzeit untersagen.

- Ich bitte um Zusendung des jährlichen Veranstaltungsprogramms der DAH**

per Post  per E-Mail