

---

## Seminarankündigung 2019

---

### **Beratung und Betreuung von Drogengebraucher\_innen vom 18.-20.01.2019 Teil I (Methoden) und vom 10.-12.05.2019 Teil II (Reflexion)**

**Hinweis: Die Anmeldung zu diesem Seminar ist auch verbindlich für den II. Teil!**

---

Termine:	Teil I vom 18.01.2019 (Beginn 17:00 Uhr) – 20.01.2019 (Ende 14:00 Uhr) Teil II vom 10.05.2019 (Beginn 17:00 Uhr) – 12.05.2019 (Ende 14:00 Uhr)
Ort:	Remagen
Zielgruppe:	Mitarbeiter_innen aus Aids- und Drogenhilfen sowie aus der Drogenselbsthilfe
Trainer:	Ralf Bär
Teilnehmer_innenzahl:	14
Teilnahmekosten:	60,00 Euro (für beide Teile)
Fahrtkostenerstattung:	ja
Anmeldung an:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Rückfragen an:	Jens Carstensen, Tel.: 030/690087-29
Anmeldeschluss:	<b>30.11.2018 (für beide Teile)</b>
Seminar Kennnummer:	<b>1D-41600 (Teil I) und 1D-41610 (Teil II)</b>

---

Im sozialen Hilfesystem gehört die Drogenarbeit zu den Bereichen mit der höchsten Mitarbeiter-fluktuation. Die Konfrontation mit prekären gesundheitlichen Problemen (z.B. Ko-Infektionen mit HIV und Hepatitis) und Verelendung und Tod, die gesellschaftliche Ächtung des Drogenkonsums und die Ausgrenzung HIV-infizierter oder AIDS-kranker Drogenkonsument\_innen fördern Gefühle der Ohnmacht und Überforderung und lassen – schneller als in anderen Bereichen – die Frage nach dem Sinn der Arbeit aufkommen. Das zweiteilige Seminar will Mitarbeiter\_innen, die im Bereich „HIV/Aids und Drogengebrauch“ arbeiten, einen geschützten Raum bieten, in dem sie ihre Arbeit reflektieren und die Frage nach den Grenzen der Akzeptanz stellen und bearbeiten können.

**In Teil I** des Seminars findet eine Auseinandersetzung mit den Grundlagen von Niedrigschwelligkeit und Drogenakzeptanz statt. Darüber hinaus werden verschiedene Methoden der Gestaltung von Beratungs- und Betreuungsprozessen vermittelt, die dazu befähigen sollen, von HIV/Aids betroffene und bedrohte Drogengebraucher\_innen in allen drei Präventionsebenen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) zu unterstützen.

**In Teil II** des Seminars stehen die Erfahrungen im Mittelpunkt, welche die Teilnehmer\_innen bei der Anwendung der im ersten Teil gelernten Methoden der Gestaltung von Beratungs- und Betreuungsprozessen gemacht haben. Diese Erfahrungen sollen reflektiert werden, um gegebenenfalls Korrekturen vornehmen oder Lösungen für erkannte Probleme entwickeln zu können. Zugleich gilt es, die persönlichen Ressourcen für die Arbeit mit Drogengebraucher\_innen wie auch die Grenzen des eigenen Handelns zu erkennen. Darüber hinaus werden Techniken der Fallbearbeitung und der Intervision (kollegiale Beratung) vermittelt – auch dies ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der Beratung und Betreuung.

---

**Hinweis:** Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung übernimmt die Deutsche AIDS-Hilfe. Fahrtkosten werden nur bis zur Höhe eine Fahrkarte II. Klasse oder dem kostengünstigsten Angebot der DB gegen Antrag erstattet. PKW-Fahrten werden mit 0,20 €/km berechnet bis max. 130,00 Euro. Die Anmeldebestätigung wird ca. 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn verschickt.

**Kinderbetreuung ist bei rechtzeitiger Anmeldung möglich!**

**Anmeldeformular** (an: DAH, FAX 0 30-69 00 87 42)

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

**Titel:** Beratung und Betreuung von Drogengebraucher\_innen I (Methoden) und II (Reflexion)

**Datum:** 18.-20.01.2019 (Teil I) und 10.-12.05.2019(Teil II)

**Ort:** Remagen

**Teilnahmegebühr:** 60,00 Euro (für beide Teile; s. Hinweis)

**Seminarkennnummer:** 1D-41600 (Teil I) und 1D-41610 (Teil II)

Ich bin Mitarbeiter\_in in folgender AIDS-Hilfe oder anderer Einrichtung/Organisation:

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

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

Strasse und Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

**Adresse:** Privat  Geschäftlich

**Übernachtung:** Ja  nein

**Alter in Jahren:** \_\_\_\_\_

Dauer der Mitarbeit in der AIDS-Hilfe/ Einrichtung/Organisation: \_\_\_\_\_

Ich arbeite als: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Berufserfahrung: \_\_\_\_\_

Bei Berater- und Betreuertrainings sowie Spezialisierungen für fortgeschrittene Mitarbeiter\_innen bitte folgende Frage beantworten (andernfalls kann die Anmeldung nicht berücksichtigt werden):

Ich habe folgende Einsteigerschulung und Seminare besucht (Datum, Ort, Veranstalter):

Ich erteile der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. einmalig eine Einzugsermächtigung über folgende Teilnahmegebühr für o.g. Veranstaltung:

Betrag in Euro \_\_\_\_\_

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

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

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

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Anschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Verfügungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ich zahle die Teilnahmegebühr per Überweisung auf das Konto 070 3500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin BLZ 300 606 01. BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE17 3006 0601 0703 5005 00. Die Teilnahmegebühr wird nach Erhalt der schriftlichen Zusage zur Teilnahme fällig. Bei Überweisungen bitte die Seminarkennnummer als Verwendungszweck angeben!

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/ Kinderbetreuung wird benötigt:  Ja  Nein

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

Normale Kost  Vegetarier\_in  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sollte ich aus unvorhergesehen persönlichen oder dienstlichen Gründen verhindert sein, so verpflichte ich mich, umgehend die Anmeldung schriftlich zu stornieren, damit mein Seminarplatz an eine/n Nachrücker\_in vergeben werden kann. Die Hinweise der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen der DAH – insbesondere die für eine Abmeldung – sind mir bekannt und werden von mir anerkannt (siehe „Hinweise zur Teilnahme“ im Veranstaltungskalender der DAH oder unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de), „AGB zur Seminar- teilnahme“). Weiterhin ist mir bekannt, dass ohne Zahlung der Teilnahmegebühr – sofern erforderlich – oder bei unvollständigen Angaben im Anmeldeformular meine Anmeldung nicht berücksichtigt wird.

Ort / Datum / Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe / Einrichtung

**Diese Anmeldung ist für beide Teile verbindlich!**