

**AUSZUG AUS DEN AGB DES PBW**  
(Paritätisches Bildungswerk LV Brandenburg e.V.):

Ein Vertrag kommt mit der schriftlichen Anmeldung (Anmeldeformular) zu einer Veranstaltung (Kurs) und dessen Annahme durch das PBW zustande.

Bei einem Rücktritt/Stornierung bis 10 Wochen vor Kursbeginn entstehen Ihnen keine Kosten. Bis zu 6 Wochen vor Beginn des Kurses werden Bearbeitungskosten in Höhe von 25 €, bei Rücktritt bis 14 Tage vor Beginn des Kurses werden 10 %, bei Rücktritt ab 13 Tagen bis 7 Tage vor Beginn werden 20 %, bei weniger als 7 Tagen bis zum Beginn werden 50 % der Teilnehmekosten fällig.

Bei Rücktritt kann eine adäquate Ersatzperson gestellt werden.

Mit Kursbeginn gilt eine Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Quartalsende. Leistungen/Kurstage sind in voller Höhe zu bezahlen.

## Fachbetreuer\*in für Autismus

### - Basisqualifikation -

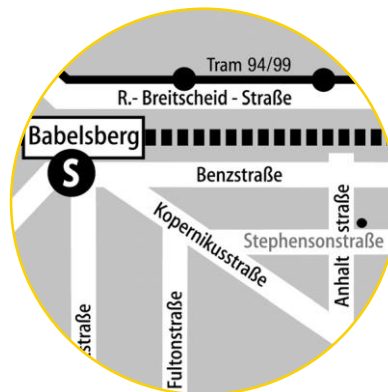
Kursnummer: 2018-701

**Paritätisches Bildungswerk  
LV Brandenburg e.V.**

Stephensonstr. 24-26  
14482 Potsdam

Tel.: 0331-7481875  
Fax: 0331-7481877

pbw@bildung-paritaet-brb.de  
www.pbw-brandenburg.de



**S-Bahn:** S-Bhf. Babelsberg,  
5 Min. Fußweg über  
Kopernikus- oder Benz-  
und Anhaltstraße

**TRAM:** 94/99 Richtung  
Fontanestraße bis  
Haltestelle Anhaltstraße,  
2 Min. Fußweg durch  
die Unterführung

**Auto:** Abfahrten –  
Potsdam Michendorf,  
Potsdam Babelsberg,  
Potsdam-Nord



## ADRESSATEN

Fachkräfte und Mitarbeiter\*innen, Lehrer\*innen, Betreuer\*innen aus Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Eltern und andere Interessierte, die Basiskompetenzen zum Autismus-Spektrum erwerben möchten.

## ZIELSETZUNG

Im Mittelpunkt des **Basiskurses** steht eine grundlegende Auseinandersetzung mit dem **Autismus-Spektrum** sowie der Störung der Wahrnehmungsverarbeitung.

Theorien, Aktuelles aus Wissenschaft und Forschung sowie Inhalte verschiedener Förder- und Therapieangebote werden thematisiert. Anhand exemplarischer Fallbeispiele, u.a. aus Ihrer Praxis, werden Übungssequenzen als mögliche Strategie für den Alltag ausprobiert und reflektiert.

## THEMENBEREICHE

- Erscheinungsbild Autismus
- Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen
- Frühkindlicher Autismus und Differentialdiagnosen
- Beobachtung und therapeutische Ansätze
- Diagnosekriterien und Testverfahren, Einführung in die Kommunikationsanbahnung
- Lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze
- TEACCH in Theorie und Praxis

## METHODEN

Inputreferate, Wissensvermittlung, Arbeit im Plenum, Anwendung von Fallbeispielen, Gruppenarbeit, Gruppendiskussion, Erfahrungsaustausch

## HINWEIS

Die Absolvierung des Basiskurses ist die Voraussetzung zur Teilnahme am **Aufbaukurs „Fachbetreuer\*in für Autismus“**, der mit einem Zertifikat abschließt.

Die Unterlagen für den Aufbaukurs senden wir Ihnen gern zu.

## KURSUMFANG

Dieser Basiskurs umfasst 80 Unterrichtsstunden an 10 Tagen.

## ZEITRAUM

Vom **16. April 2018** bis **29. Juni 2018**, berufsbegleitend, jeweils von 9.00 bis 16.00 Uhr.  
**Bitte fordern Sie den Kursablaufplan an.**

## DURCHFÜHRUNGORT

Paritätisches Bildungswerk, LV Brandenburg e. V., in 14482 Potsdam, Stephensonstraße 24-26.

## ABSCHLUSS

Sie erhalten eine detaillierte Teilnahmebescheinigung des PBW.

## DURCHFÜHRUNG / Referent\*innen

Der Kurs wird von Frau Dr. Brita Schirmer und weiteren fachkompetenten Referent\*innen durchgeführt.

## KURSLEITUNG / Bildungsberatung

Antje Sachs, Bildungsmanagerin PBW

## ANMELDUNG

Sie können sich ab sofort anmelden, bis spätestens **15. März 2018**.

## KOSTEN

950 €  
900 € für **Mitgliedsorganisationen** des PBW und des Paritätischen LV Brandenburg

Der Betrag kann in zwei Raten überwiesen werden.

*Bitte erkundigen Sie sich nach eventuellen Förderungen in ihrem jeweiligen Bundesland.*

## ANMELDUNG

Ich melde mich verbindlich für den Kurs mit der Nummer: **2018-701** an.

Titel: „**Fachbetreuer\*in für Autismus**“- **Basiskurs**, Beginn: **16. April 2018**.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Privatadresse:

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Berufsabschluss/Tätigkeit

Name und Anschrift der Arbeitsstelle:

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Die Einrichtung ist Mitglied im PARITÄTISCHEN des LV Brandenburg bzw. im PBW:

JA

NEIN

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

Mit meiner Unterschrift werden die Teilnahmebedingungen anerkannt.  
Ich bitte um Zusendung des Vertrags.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / ggfs. Stempel