

Termine / Seminare

[Zurück](#)

Seminaranmeldung Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel

04.04. - 05.04.

Uhrzeit

Freitag: 14:30 - 22:00 Uhr

Samstag: 10:00 - 17:30 Uhr

(inkl. Pause & Snack)

Ort

KV Berlin, Masurenallee 6 A, 14057

Berlin

Zielgruppe

Ärzt:innen / Psychologische

Psychotherapeut:innen

Referent:innen

Lizenzierte Qualitätszirkel-Tutoren

Gebühr

keine bzw. 300 Euro pro Teilnehmer:in

ohne vorherige Anerkennung eines

Qualitätszirkels

Teilnehmerzahl max. 15

Fortbildungspunkte

Die Moderatorenausbildung wird mit 16

Fortbildungspunkten zertifiziert.

[Teilnahmebedingungen für das](#)

[Seminarangebot der KV Berlin](#)

Kontakt

Qualitätssicherung

Qualitätszirkel fördern den kollegialen interdisziplinären Austausch und helfen, die eigene Behandlungspraxis kritisch zu analysieren sowie die Patiententherapie zu verbessern.

Diese 16-stündige Moderatorenausbildung qualifiziert Sie dazu, einen solchen vorab durch die KV Berlin anerkannten Qualitätszirkel eigenverantwortlich zu leiten.

Schwerpunkte:

- Initiierung und Abschluss der Diskussion (z. B. Problemanalyse/-lösung)
- Strukturierung und Förderung der Gruppenarbeit/-dynamik
- Kommunikationstechniken
- qualitative und quantitative Evaluationsmethoden
- Visualisierungs- und Präsentationsmethoden
- Ergebnisprotokoll

Kosten:

Die Kosten für die Moderatorenausbildung werden nach Anerkennung eines Qualitätszirkels durch den Vorstand der KV Berlin übernommen (soweit dafür Mittel zur Verfügung stehen).

Für die Teilnehmer:innen, die keinen Antrag auf Anerkennung eines Qualitätszirkels bei der KV Berlin gestellt haben, beträgt die Teilnahmegebühr pro Teilnehmer:in 300 Euro.

Anmeldeformular

Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel, 04.04.2025 - 05.04.2025

Anrede *

Frau ▼

Titel

Bitte geben Sie ggf. Ihren vollständigen Titel an.

Name *

Vorname *

Fachgebiet *

030 / 31 003-594

030 / 31 003-50730

qualitaetszirkel@kvberlin.de

BSNR (Nur für Mitglieder der KV Berlin anzugeben)

Praxisadresse Straße und Haus-Nr. *

Praxisadresse PLZ *

Praxisadresse Ort *

Rechnungsadresse Straße und Haus-Nr. *

Rechnungsadresse PLZ *

Rechnungsadresse Ort *

E-Mail *

Telefon *

Weitere Teilnehmer:innen

Bitte geben Sie hier weitere Teilnehmer:innen an:

☐

Anzahl der weiteren Teilnehmer:innen

Titel, Vor- und Zuname der weiteren Teilnehmer:innen

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten zur Anmeldung finden Sie in
den [Datenschutzhinweisen der KV Berlin](#).

Captcha *



Kontakt für

Kontakt für

Kontakt für

Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

[Service-Center der KV Berlin](#)

[FAQ: Hier finden Sie Antworten auf](#)

[häufig gestellte Fragen](#)

Patient:innen

[Wann hilft die KV Berlin?](#)

[Terminservice:](#)

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

Presseanfragen

presse@kvberlin.de



BERLIN

Kassenärztliche Vereinigung
Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

[030 / 31 003-0](#)
[030 / 31 003-380](#)
[Kontakt](#)