

# 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](mailto: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  
Ärzt:innen und**

**Kontakt für  
Patient:innen**

**Kontakt für  
Presseanfragen**

# Psychotherapeut:innen

## nen

[Service-Center der KV Berlin](#)

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

[häufig gestellte Fragen](#)

Wann hilft die KV Berlin?

Terminservice:

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

[presse@kvberlin.de](mailto:presse@kvberlin.de)



**BERLIN**

Kassenärztliche Vereinigung

Berlin

Masurenallee 6A

14057 Berlin

[030 / 31 003-0](tel:030310030)

[030 / 31 003-380](tel:03031003380)

[Kontakt](#)