

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
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



BERLIN

Kassenärztliche Vereinigung

Berlin

Masurenallee 6A

14057 Berlin

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

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

[Kontakt](#)