



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag auf Gewährung eines Stipendiums für Studierende der Humanmedizin

Bewerbungsschluss für einen Förderbeginn zum 1. April ist der 15. März bzw. für einen Förderbeginn zum 1. Oktober der 15. August

Antragsteller/in:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum und Ort:

E-Mail (freiwillig):

Tel.-Nr. (freiwillig):

Das Studium hat begonnen / beginnt am

an der Universität / Hochschule

in

Ich beantrage die Förderung zum folgendem Semesterbeginn:

Die Zuwendung ist auf folgende Bankverbindung zu überweisen:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber:
(bei Abweichungen zum Antragsteller)

Die Förderrichtlinie des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.kvbb.de/Ärzte für Brandenburg/Studium/ Weiterbildung/Förderprogramm/Downloads](http://www.kvbb.de/Ärzte_für_Brandenburg/Studium/Weiterbildung/Förderprogramm/Downloads).

Dem Antrag sind zwingend folgende Unterlagen beizufügen (sofern zutreffend):

- Motivationsschreiben mit dem erklärten Ziel eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum Brandenburgs ausüben zu wollen unter Angabe der anvisierten Fachrichtung und Region
- tabellarischer Lebenslauf
- Kopie des Bundespersonalausweises oder eines entsprechenden Identifikationsdokumentes
- Kopie des Zulassungsbescheides der entsprechenden Hochschule, der bis zum Zeitpunkt der Bewilligungsentscheidung vorliegen muss
- Original der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung im Studiengang Humanmedizin der entsprechenden Hochschule
- Bescheinigungen oder Zeugnisse über berufsnahe Ausbildungen, Praktika o.ä. im sozialen oder medizinischen Bereich (falls vorhanden)
- Kopie der Schulabschlusszeugnisse, sofern diese an einer Schule im Land Brandenburg erworben wurden
- bei ausländischen Bewerbern/innen zusätzlich eine Aufenthaltserlaubnis ohne arbeitsrechtliche Einschränkung

Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich verpflichte mich:

1. das Studium nach Approbationsordnung für Ärzte entsprechend den Vorgaben der Bundesärzteordnung und der ärztlichen Approbationsordnung durchzuführen und in der Regelstudienzeit zu absolvieren,
2. zu Beginn eines jeden Semesters der KVBB unaufgefordert den Nachweis über die Rückmeldung zum Semester zu erbringen,
3. Unterbrechungen von mehr als 6 Wochen wegen Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit unverzüglich der KVBB anzuzeigen,
4. mindestens eine Famulatur im Land Brandenburg zu absolvieren,
5. an jährlich einem Stipendiatentreffen der KVBB teilzunehmen,
6. die fachärztliche Weiterbildung innerhalb von sechs Monaten nach dem erfolgreichen Abschluss des Medizinstudiums in einem der folgenden Fachgebiete aufzunehmen:
 - Allgemeinmedizin
 - Kinder- und Jugendmedizin,
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Augenheilkunde,
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Neurologie,
 - Nervenheilkunde,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
7. den überwiegenden Teil der fachärztlichen Weiterbildung in der Regel in Brandenburg zu absolvieren,
8. innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung in einem der folgenden Fachgebiete ärztlich tätig zu werden:
 - Allgemeinmedizin
 - Kinder- und Jugendmedizin,
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Augenheilkunde,
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Neurologie,
 - Nervenheilkunde,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- a) eine ärztliche Tätigkeit als Vertragsärztin/Vertragsarzt, angestellte Ärztin/angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis, in einer Einrichtung gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, einer Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum, in einem Krankenhaus in einer ländlichen Region (Mittelzentren und die dazugehörigen Gemeinden in den Mittelbereichen im weiteren Metropolenraum laut dem zum Zeitpunkt der Bewilligung geltenden Landesentwicklungsplan Hautstadtregion – LEP HR – im Land Brandenburg) aufzunehmen und für die Dauer von mindestens 5 Jahren tätig zu sein oder

- b) eine ärztliche Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg aufzunehmen und für die Dauer von mindestens 5 Jahren tätig zu sein,
9. den Abbruch des Medizinstudiums, das Nichtbestehen von Teilen der Ärztlichen Prüfung oder gleichwertige Prüfungen oder den Wechsel der Hochschule der KVBB unverzüglich schriftlich mitzuteilen,
10. die KVBB über den Abschluss des Studiums, Aufnahme und Abschluss der ärztlichen Weiterbildung, Prüfung zum Facharzt und die anschließende Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit zu informieren.

Ich bestätige, dass ich die Landärztinnen/Landärzte-Richtlinie in der Fassung vom 15.02.2022 zur Kenntnis genommen habe.

Mir ist bekannt, dass bei wahrheitswidrigen Angaben die Förderzusage beendet wird und eine Verpflichtung zur Rückzahlung der Fördergelder eintritt.

Werden die in der Richtlinie bestehenden Verpflichtungen in Verbindung mit der Inanspruchnahme der Förderung durch mich nicht eingehalten, sind die geleisteten Fördergelder durch mich zurückzuzahlen (Die Rückzahlung ist nach Maßgabe des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Brandenburg (VwVfGBbg) in Verbindung mit § 49a Abs. 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) mit 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für das Jahr zu verzinsen).

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Einwilligung Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Die Förderung wird nach den Landärztinnen/Landärzte-Richtlinie des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) finanziert. Die Förderung zielt darauf, die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum Brandenburgs zu stärken.

Die Verarbeitung der Daten ist v.a. für die Antragsbearbeitung und die Durchführung der Fördermaßnahme erforderlich. Sie soll auf Ihre Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe a) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ggf. i.V.m. Artikel 9 Abs. 2 Buchstabe a) DSGVO gestützt werden.

Die Daten werden nur verarbeitet, solange sie für einen der unten genannten Zwecke einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, erforderlich sind und darüber hinaus gemäß gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen nach den Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (Anlage 2 zu VV Nr. 5.1 zu § 44 LHO, Nr. 6.6), sofern nicht nach anderen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist bestimmt ist.

Ihre personenbezogenen Daten werden für folgende Zwecke benötigt:

- Bearbeitung der Anträge auf Gewährung eines Stipendiums
- Durchführung des Bewilligungsverfahrens
- Auszahlung und Abrechnung der Fördergelder, ggf. des Widerrufs- oder Rücknahmeverfahrens sowie die Rückforderung der Fördergelder ggf. Entscheidungen über Unterbrechungen
- Bewertung der Wirksamkeit des Förderprogramms

Zum Zwecke des Abrechnungsnachweises, der Prüfung der Mittelverwendung und der Evaluation des Förderprogramms werden personenbezogene Daten verarbeitet sowie zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) und dem MSGIV ausgetauscht und offengelegt.

Folgenden Empfängern können die Daten im Bedarfsfall (z. B. für Prüfung der Mittelvergabe und -verwendung) mitgeteilt werden:

- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
- Landesrechnungshof Brandenburgs

Für die Datenverarbeitung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a) der DSGVO, ggf. auch nach Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DS-GVO, Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der KVBB jederzeit widerrufen können.

Von der KVBB werden, soweit zu den o.g. Zwecken erforderlich, folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

- a. Name, Vorname
- b. Geburtsdatum
- c. Fachsemester
- d. Hochschulstandort
- e. Approbationsdaten
- f. Teilnahme an Stipendiatentreffen

- g. bei erfolgter Aufnahme einer Weiterbildung das Fachgebiet der Weiterbildung, der Weiterbildungsort
- h. bei erfolgter Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit die Fachgruppe, der Praxis- bzw. Anstellungsort und die Art der ärztlichen Tätigkeit
- i. Zeiten der Unterbrechungen über sechs Wochen wegen Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit

Jährlich wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz eine Evaluation über die Wirksamkeit des Förderprogramms vorgenommen. Dabei werden Angaben über die Anzahl der Bewerbungen, der Bescheide, der Förderbeiträge, des Förderbeginns und des Förderendes sowie über die Einsatzgebiete und Fachrichtungen übermittelt. Ziel der Evaluation ist es, festzustellen, ob und inwieweit das Förderprogramm die gewünschte Wirkung, die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum Brandenburgs zu stärken, erzielt hat.

Dem MSGIV werden von der KVBB im Rahmen der Jahresabrechnung und der Evaluation folgende Angaben übermittelt:

- a. Fachsemester
- b. bei erfolgter Aufnahme einer Weiterbildung das Fachgebiet der Weiterbildung, der Weiterbildungsort
- c. bei erfolgter Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit die Fachgruppe, der Praxis- bzw. Anstellungsort und die Art der ärztlichen Tätigkeit
- d. Förderbetrag
- e. Förderdauer
- f. die Höhe der Rückzahlungssumme, wenn eine Rückzahlung der Fördergelder erfolgen sollte.

Dem/der Unterzeichner/in ist bekannt, dass seine/ihre Einwilligung jederzeit durch Erklärung gegenüber der KVBB widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden weiter für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die Gesamtevaluation der Förderung weiterhin zur Verfügung.

Dem/der Unterzeichner/in ist weiterhin bekannt, dass ohne die Einwilligung die Bewilligung einer Förderung **nicht** erfolgt. Ebenso ist bekannt, dass der Widerruf der Einwilligungserklärung zur **Einstellung der Zahlung der Förderung ab dem Datum des Widerrufs führen wird und die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs gewährten Förderungen (einschließlich Zinsen) zurückgefordert werden.**

Einwilligung in Datenverarbeitung

- **In die in der Vorbemerkung dargestellten Datenverarbeitungen willige ich ein.** Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (vgl. Artikel 4 Nr. 15 DS-GVO) nach Artikel 9 Abs. 2 Buchstabe a) DSGVO, soweit deren Verarbeitung im Zusammenhang mit einer möglichen Unterbrechung des Förderzeitraums erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Studierenden/
des Studierenden

Hinweise über Ihre Rechte in Bezug auf den Datenschutz

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über die Verantwortlichen für die Datenerhebung und Ihre Rechte in Bezug auf den Datenschutz zu informieren.

1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Vertreten durch: Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Vorsitzender des Vorstandes MUDr./ČS Noack, Peter
Pappelallee 5, 14469 Potsdam
E-Mail: Vorstand@kvbb.de
0331 2309-175
www.kvbb.de

Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten unter:
Pappelallee 5, 14469 Potsdam
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvbb.de
Telefon: 0331 2309-206

2. Betroffenenrechte

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).
- Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).
- Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).
- Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

2.1 Widerrufsrecht

Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

2.2 Beschwerderecht

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass ihre personenbezogenen Daten rechtswidrig verarbeitet werden.

Wenn Sie sich an die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht wenden möchten, können Sie sie wie folgt kontaktieren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht
Brandenburg

Stahnsdorfer Damm 77

Dagmar Hartge

14532 Kleinmachnow

E-Mail: Poststelle@LDA.Brandenburg.de

Telefon: 033203/ 3560

Telefax: 033203/ 35649

Weitere Informationen können Sie dem offiziellen Internetauftritt der Landesbeauftragten unter www.lda.brandenburg.de entnehmen.