

## Kooperationsvereinbarung

Zwischen

Titel Vorname Name  
Tumorzentrum/Einrichtung  
Abteilung  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort

vertreten durch

Titel Vorname Name  
Krankenhaus/Einrichtung  
Abteilung  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort

- im Folgenden "**Einrichtung**" genannt –

und dem

Klinischen Krebsregister Niedersachsen (KKN)  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
Sutelstraße 2  
30659 Hannover

vertreten durch

Tobias Hartz, Geschäftsführer

- im Folgenden "**KKN**" genannt -

wird die folgende Vereinbarung geschlossen:

### Vorbemerkung

Die **Einrichtung** und das **KKN** schließen gemäß § 1 Abs. 3 der *Verordnung zur Datenübermittlung zum Zweck der Zertifizierung, Rezertifizierung oder Akkreditierung und zur Anerkennung als kooperierende Einrichtung durch das Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN) (KKN-DatenübermittlungsVO – KKN-DÜVO)* vom 20.05.2019 eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit ab. Dieser Vereinbarung ist ein vom Vertrauensbereich des **KKN** bewilligter Antrag auf Übermittlung von Daten zum Zweck der Zertifizierung und Rezertifizierung gemäß § 1 Abs. 1 der o.g. Verordnung vorangegangen.

1. Alle personenbezogenen Daten werden ausschließlich chiffriert übermittelt; das **KKN** stellt einen Schlüssel zur Dechiffrierung und einen geschützten Speicherort für den Datenaustausch zur Verfügung.

2. Die **Einrichtung** stellt dafür dem **KKN** eine Liste von Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die sich in der Behandlung des Tumorzentrums befinden und deren Daten für die Zertifizierung, Rezertifizierung bzw. Akkreditierung benötigt werden. Soweit hier keine eindeutigen Identifikationsnummern zur Verfügung stehen, werden Identitätsdaten gemäß Nr. 3 b dieser Vereinbarung in elektronischer und chiffrierter Form verwendet.
3. Das **KKN** stellt der **Einrichtung** gemäß § 19 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über das Klinische Krebsregister Niedersachsen (GKKN) zur Vorbereitung der Zertifizierung, Rezertifizierung bzw. Akkreditierung der **Einrichtung** sowie nach Bedarf für Überwachungsaudits während der genannten Geltungsdauer folgende Daten in elektronischer Form zur Verfügung:
  - a. medizinische Daten gemäß § 3 Abs. 13 GKKN mit Ausnahme der Kontrollnummern gemäß § 3 Abs. 8 GKKN
  - b. die Identitätsdaten gemäß § 3 Abs. 2 Nrn. 1 bis 5 und 8 GKKN in chiffrierter Form:
    - Familienname, Vornamen, frühere Namen, Titel
    - Geschlecht
    - Anschrift
    - Geburtsdatum
    - Krankenversicherungsnummer gemäß § 290 SGB V oder eine für privat versicherte, beihilfeberechtigte, heilfürsorgeberechtigte oder einer weiteren Versicherungsform unterworfenen Personen vergleichbare Identifikationszeichenfolge oder entsprechende Identifikationsmerkmale oder ein entsprechendes Merkmal für nicht versicherte Personen
    - Sterbedatum
  - c. die Melderstammdaten gemäß § 3 Abs. 4 Nrn. 1 bis 4 GKKN:
    - Vorname und Name der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin oder des Zahnarztes sowie Angabe der Facharzt- oder Fachzahnarztbezeichnung
    - Institutskennzeichen
    - lebenslang vergebene Arztnummer
    - Anschrift der Institution oder Betriebsstätte und die Betriebsstättennummer.
4. Der Datensatz entspricht dabei gemäß § 65c Abs. 1 SGB V dem bundesweit einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (oBDS) der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) und des Deutsche Krebsregister e. V. (DKR) zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzender Module.
5. Die Übermittlung der Daten durch das **KKN** an die **Einrichtung** erfolgt innerhalb von acht Wochen nach Übermittlung der Patientenliste.
6. Die gemäß Nummern 3 und 4 dieser Vereinbarung übermittelten Daten dürfen ausschließlich zur Zertifizierung, Rezertifizierung bzw. Akkreditierung der **Einrichtung** eingesetzt werden. Sie dürfen ausschließlich in anonymisierter Form im Rahmen von Erhebungs- und Kennzahlenbögen an die **Einrichtung** zertifizierende bzw. akkreditierende Stelle herausgegeben werden.

7. Bei Ablehnung des Antrages auf Zertifizierung, Rezertifizierung oder Akkreditierung werden die gemäß Nummern 3 und 4 dieser Vereinbarung vom **KKN** übermittelten Daten durch die **Einrichtung** unverzüglich und vollständig gelöscht. Die erfolgte Löschung ist dem **KKN** in schriftlicher Form mitzuteilen. Dasselbe gilt bei Abbruch des Verfahrens.
8. Diese Vereinbarung tritt zum TT.MM.JJJJ in Kraft. Die Vereinbarung gilt für die Dauer des Antragsverfahrens und die Geltungsdauer des jeweiligen Zertifikates oder der jeweiligen Akkreditierung. Sie endet mit dem Ablauf des Zertifikates oder der Akkreditierung. Für eine erneute Zertifizierung, Rezertifizierung bzw. Akkreditierung ist *keine* neue **Kooperationsvereinbarung** zwischen der **Einrichtung** und dem **KKN** abzuschließen. Das **KKN** benötigt lediglich eine Kopie des neuen Zertifikates oder einen Nachweis über ein anstehendes Zertifizierungs- bzw. Rezertifizierungsverfahren.
9. Das **KKN** kann von der **Einrichtung** gegenüber der zertifizierenden bzw. akkreditierenden Stelle und im Rahmen der Außendarstellung als Kooperationspartner genannt werden. Eine Teilnahme des KKN an den Audits während des Zertifizierungs-, Rezertifizierungs- oder Akkreditierungsverfahrens oder im Rahmen von Überwachungsaudits ist nicht vorgesehen.
10. Eine externe Auditierung des **KKN** ist aus Gründen des Datenschutzes ebenfalls ausgeschlossen.
11. Die Vereinbarung kann durch einen der Vertragspartner ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
12. Werden wesentliche Zertifizierungs- oder Akkreditierungsanforderungen durch die **Einrichtung** nicht mehr erfüllt oder werden durch Beschäftigte der **Einrichtung** Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten, insbesondere gemäß §§ 31 und 32 GKKN, begangen, kann das **KKN** diese Vereinbarung mit sofortiger Wirkung kündigen.

**Für die Einrichtung:**

---

Datum/Unterschrift  
Leitung Tumorzentrum  
Titel Vorname Nachname

**Für das KKN:**

---

Datum/Unterschrift  
Dipl.-Math. Tobias Hartz  
Geschäftsführung KKN

---

Datum/Unterschrift  
Geschäftsführung Krankenhaus  
Titel Vorname Nachname