

Clinical Take-Over Points

CTOP als expliziter Akzeptanzmarker für die Übergabe operativer Koordination in dynamischen Versorgungssituationen

NICHT VALIDIERTER SCORE

KEINE LEITLINIE

KEINE BEFUGNISERWEITERUNG

Dokumentenstatus

Autorenentwickeltes, hypothesengenerierendes Konzeptmodell. Das Manuskript beschreibt weder einen klinischen Standard noch einen Behandlungsalgorithmus oder ein Rechtsgutachten. Eine Anwendung setzt lokale fachliche, organisatorische und rechtliche Prüfung voraus.

Autor

Dominik Allwardt

Examierte Pflegefachkraft | Studium Physician Assistance B.Sc.

Patientensicherheit, Akutversorgung, Delegation und Governance

Version 2.0 | Stand: 27.08.2026

DOKUMENT

Status, Zweck und Lesart

Diese Fassung ersetzt das frühere 4-Level-Konzept. Sie begrenzt CTOP auf einen einzigen Gegenstand: den ausdrücklich bestätigten Zeitpunkt, an dem eine dafür vorgesehene Person die operative Koordination für einen definierten Fall, einen benannten Umfang und einen begrenzten Zeitraum übernimmt.

Merkmal	Festlegung in dieser Fassung
Dokumenttyp	Konzeptmanuskript / fachliche Diskussionsfassung
Modellstatus	nicht prospektiv evaluiert; keine formale Inhaltsvalidierung
Anwendungszweck	Rollen- und Zeitmarker innerhalb bestehender Übergabe-, Eskalations- und Notfallprozesse
Nicht beansprucht	Wirksamkeitsnachweis, rechtliche Bindungswirkung, neue Zuständigkeit oder autonome Heilkundenausübung
Adressaten	klinische Teams, ärztliche und pflegerische Leitungen, PAs, QM, Risikomanagement, Simulation und Forschung

Vor Einreichung zu bestätigen

Finanzierung, Interessenkonflikte, institutionelle Bezüge, exakter Studienstatus des Autors und ein mögliches externes Fachreview sind durch den Autor abschließend zu deklarieren.

Zentrale Leseregel: CTOP ist ein Kommunikations- und Governance-Marker. Er kann Zuständigkeit sichtbar machen, aber keine Zuständigkeit erzeugen.

ZUSAMMENFASSUNG

Strukturierter Abstract

Hintergrund. In laufenden, dynamischen Versorgungssituationen kann unklar bleiben, ob eine konsultierte oder hinzugezogene Person lediglich berät, eine Teilaufgabe übernimmt oder die operative Koordination des Fallabschnitts annimmt. Bestehende Handoff-Verfahren strukturieren Informations- und Verantwortungsübergänge; CTOP fokussiert enger auf den beobachtbaren Akzeptanzzeitpunkt innerhalb eines solchen Übergangs [2-5].

Ziel. Beschrieben wird ein konzeptioneller Marker, der Anfrage, Umfang, Annahme, Teammarkierung und Abschluss einer zeitlich begrenzten Koordinationsübernahme explizit macht.

Modell. Der CTOP liegt nicht beim Erkennen einer Verschlechterung und nicht beim Absenden einer Nachricht, sondern erst bei der eindeutigen Bestätigung durch eine benannte empfangende Person. Der Geltungsbereich, fortbestehende Fachrollen, nächster Schritt, Fallback und Endbedingung werden benannt.

Entwicklungsstatus. Das Modell ist eine konzeptionelle Synthese aus etablierten Prinzipien von Handoff, Closed-Loop-Kommunikation, Rollenklärung und Qualitätsmanagement. Eine systematische Literaturrecherche, formale Konsensusentwicklung oder klinische Ergebnisevaluation wurde für diese Fassung nicht durchgeführt.

Schlussfolgerung. CTOP ist als prüfbarer Akzeptanzmarker plausibel. Ein Zusatznutzen gegenüber bestehenden Übergabe- und Teamkommunikationsverfahren ist jedoch nicht belegt und muss zunächst in Simulationen und Machbarkeitspiloten untersucht werden.

Schlüsselwörter

Clinical Take-Over Point; Handoff; Closed-Loop-Kommunikation; operative Koordination; Eskalation; Patientensicherheit; Clinical Governance; Physician Assistance

KERNAUSSAGEN

Was von CTOP fachlich übrig bleibt

- CTOP bezeichnet ein Ereignis, keinen klinischen Schweregrad.
- Eine Übernahmeanfrage ist noch keine Übernahme; Schweigen, Anwesenheit oder Mitwissen genügen nicht.
- Der übernommene Umfang muss benannt sein. Gesamtkoordination und fachlich begrenzte Teilrollen können parallel bestehen.
- CTOP verändert keine ärztliche Delegations-, pflegerische Prozess-, fachliche Übernahme- oder Durchführungsverantwortung.
- Zeitkritische Sofortmaßnahmen und weitere Eskalation dürfen durch die CTOP-Kommunikation nicht verzögert werden.
- Jeder aktive CTOP benötigt eine Endbedingung, Rückgabe oder erneute bestätigte Weitergabe.
- Eine Wirkung auf Patientensicherheit ist eine Hypothese, kein bereits belegter Effekt.

Frühere Fassung	Entscheidung Version 2.0
Level I-IV	entfernt; Schweregrad und Koordinationswechsel werden getrennt
Shared Clinical Control	ersetzt durch eindeutig benannte Gesamt- und Teilrollen
Definitive Authority	vollständig entfernt; CTOP schafft keine Autorität
Therapiezieländerung als Level IV	kein CTOP; eigenständiger medizinischer, rechtlicher und ethischer Prozess
Übernahme durch ein Team	nur mit identifizierter empfangender Person oder Funktionsrolle

ORIENTIERUNG

Inhalt

Teil	Inhalt	Seiten
I	Ausgangsproblem, Ziel und Entwicklungsmethode	6-8
II	Arbeitsdefinition, Abgrenzung und Verantwortungsarchitektur	9-11
III	Prozessmodell, Sicherheit, Trigger und Mindestdatensatz	12-17
IV	Kommunikation, Dokumentation und Anwendungsbeispiele	18-24
V	Implementierung, Training und Evaluation	25-28
VI	Risiken, Diskussion, Forschungsagenda und Schnellzugriff	29-31
VII	Quellen und Versionshinweise	32-33

Designhinweis

Übernommen wurde ausschließlich eine ruhige, klinische Fachbuchsprache aus Serifentiteln, sachlicher Sans-Serif-Typografie, Dunkelblau, Salbei, Kupfer, klaren Rastern, Tabellen und Vektorgrafiken. BESTE-Inhalte, Akronym und Logo sind nicht Bestandteil dieses Manuskripts.

1 | AUSGANGSLAGE

Die relevante Grauzone

Klinische Versorgung ist nicht nur eine Abfolge einzelner Aufgaben. In dynamischen Situationen laufen Beobachtung, Diagnostik, Therapievorbereitung, Eskalation, Teamführung und Übergabe gleichzeitig. Eine hinzugezogene Person kann beraten, eine Teilrolle übernehmen oder die Koordination des gesamten Fallabschnitts annehmen. Werden diese Varianten nicht explizit unterschieden, können unterschiedliche Teammitglieder von unterschiedlichen Zuständigkeiten ausgehen.

Die G-BA-Qualitätsmanagement-Richtlinie verlangt schriftlich geregelte Verantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen, die Abbildung sicherheitsrelevanter Prozesse sowie ein systematisches Schnittstellenmanagement [1]. Internationale Handoff-Rahmen definieren Übergaben nicht nur als Informationsfluss, sondern beziehen je nach Kontext auch Autorität und Verantwortung ein [2,4,5].

Konzeptlücke

CTOP soll nicht die Übergabe neu erfinden. Der mögliche Zusatznutzen liegt ausschließlich in einem kurzen, beobachtbaren Akzeptanzmarker während einer bereits laufenden dynamischen Versorgungssituation.

Nicht jede klinische Verschlechterung benötigt einen Führungswechsel. Umgekehrt kann eine stabile Verlegung eine eindeutige Koordinationsübergabe erfordern. Klinische Dringlichkeit und Status der Koordinationsübernahme sind deshalb getrennte Achsen.

2 | ZIEL UND METHODE

Prüfbare Fragestellung statt Wirkversprechen

Leitfrage: Kann ein standardisierter, geschlossener Akzeptanzmarker die Übereinstimmung darüber erhöhen, wer in einem definierten Fallabschnitt welche operative Koordinationsrolle innehat, ohne etablierte Verantwortungsordnungen zu verfälschen oder zeitkritische Maßnahmen zu verzögern?

Diese Fassung wurde als konzeptionelle Synthese erstellt. Herangezogen wurden offizielle deutsche Dokumente zu Qualitätsmanagement, Delegation, Physician Assistance und beruflichen Verantwortungsbereichen sowie internationale Referenzrahmen zu Handoff und Closed-Loop-Kommunikation [1-12]. Ergänzend wurde ausgewählte empirische Handoff-Literatur berücksichtigt [13,14].

Erfolgt	Nicht erfolgt
orientierende Dokumenten- und Literaturprüfung	systematische Datenbankrecherche mit PRISMA-Protokoll
Begriffs- und Prozessanalyse	formale Delphi- oder Konsensusentwicklung
Ableitung von Failure Modes und Balancing Measures	prospektive klinische Validierung
Trennung von Koordination und Verantwortung	Rechtsgutachten für einzelne Einrichtungen

Neuheitsgrenze

In der orientierenden Suche wurde kein etablierter Gesundheitsstandard mit exakt dieser Bezeichnung identifiziert. Das beweist weder wissenschaftliche Neuheit noch Schutzfähigkeit. Vor einer entsprechenden Behauptung wäre eine formale Literatur-, Terminologie- und gegebenenfalls Schutzrechtsrecherche erforderlich.

3 | BEZUGSRAHMEN

Anschluss an etablierte Verfahren

Referenz	Funktion	Bezug zu CTOP
Handoff	strukturierter Übergang von Information und je nach Kontext Verantwortung/Autorität	CTOP kann den Akzeptanzzeitpunkt innerhalb eines Handoffs markieren
Closed Loop	Sender adressiert, Empfänger bestätigt, Sender verifiziert	Annahme darf nicht stillschweigend unterstellt werden
SBAR / I-PASS	Strukturierung klinischer Inhalte und nächster Schritte	CTOP ersetzt diese Inhalte nicht, sondern ergänzt Rollen- und Zeitangabe
Eskalations-SOP	legt klinische Trigger, Kontaktweg und Sofortmaßnahmen fest	CTOP setzt erst beim möglichen Koordinationswechsel an
Teamführung	ordnet Prioritäten, Rollen und gemeinsames Lagebild	CTOP macht einen Wechsel dieser Rolle sichtbar

AHRQ beschreibt Handoffs als standardisierte Methode zum Transfer von Information zusammen mit Autorität und Verantwortung und fordert eine Gelegenheit zur Klärung [2]. Closed-Loop-Kommunikation verlangt eine bestätigte Rückmeldung des Empfängers [3]. Diese Prinzipien bilden den Kernmechanismus des CTOP - nicht eine neue klinische Entscheidungslogik.

Abgrenzung
CTOP ist kein Gegenbegriff zur Übergabe. Er ist ein vorgeschlagener Akzeptanzmarker innerhalb einer Übergabe, Eskalation oder eines Führungswechsels.

4 | DEFINITION

Clinical Take-Over Point

Arbeitsdefinition

Ein Clinical Take-Over Point ist der beobachtbare, durch geschlossene Kommunikation bestätigte Zeitpunkt, an dem eine institutionell dafür vorgesehene, namentlich oder funktional eindeutig identifizierte Person die operative Koordination für einen konkret bezeichneten Patientenfall, einen abgegrenzten Situationsabschnitt und einen definierten Umfang übernimmt.

Operative Koordination bezeichnet die fallbezogene Priorisierung und Abstimmung der nächsten Handlungsschritte, die Zuordnung von Rollen, die Aufrechterhaltung eines gemeinsamen Lagebildes sowie die Veranlassung von Reevaluation und weiterer Eskalation innerhalb bestehender Befugnisse.

Ein CTOP ist erst zustande gekommen, wenn die empfangende Seite Rolle und Umfang ausdrücklich bestätigt hat. Anwesenheit, telefonische Beratung, das Lesen einer Nachricht, die Übernahme einer Einzelmaßnahme oder eine organisatorische Bettzusage gelten nicht als stillschweigende Annahme.

Rechtliche Nichtwirkung

Der CTOP bezieht sich ausschließlich auf die situative Koordinationsrolle. Er begründet, erweitert, mindert oder überträgt keine gesetzlichen, berufsrechtlichen, arbeitsrechtlichen, organisationsbezogenen oder haftungsrechtlichen Zuständigkeiten.

5 | ABGRENZUNG

Was CTOP ist - und was nicht

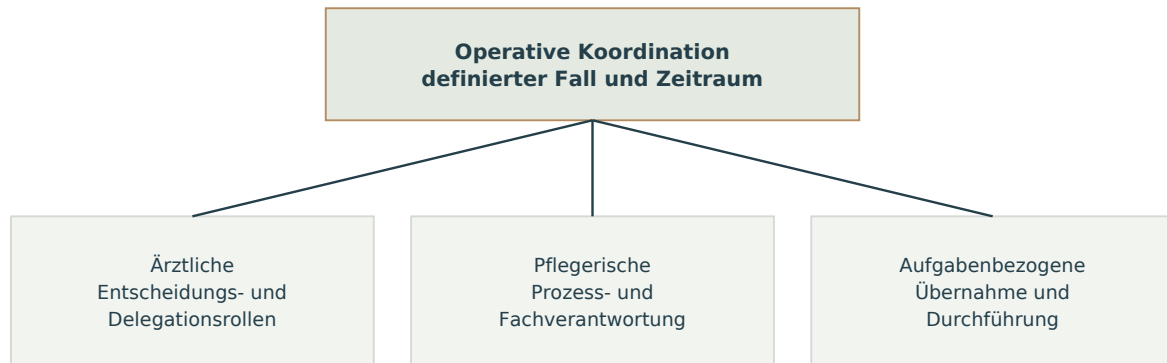
CTOP kann sein	CTOP ist nicht
Akzeptanzmarker für eine definierte operative Koordination	klinischer Score oder Dringlichkeitsstufe
Bestandteil einer Übergabe oder Eskalation	Ersatz für SBAR, I-PASS, SOP oder Behandlungspfad
Marker für einen Gesamt- oder klar begrenzten Domänenwechsel	pauschale Übernahme sämtlicher Verantwortung
Dokumentierbarer Start- und Endpunkt	Befugnis, Heilkunde auszuüben oder Aufgaben zu substituieren
Anlass für Teammarkierung und Reevaluation	Nachweis einer korrekten klinischen Entscheidung

Geeignete Pilotkontexte sind klar begrenzte, risikoreiche Übergänge: Übernahme durch ein Medical-Emergency-Team, Wechsel einer laufenden Teamleitung, kritische Übergabe an eine Zielabteilung oder Übergang eines definierten Koordinationsbereichs.

Nicht geeignete Erst-Pilotkontexte sind routinemäßige Dienstübergaben stabiler Patientinnen und Patienten, reine Einzeldelegationen, Beratungen ohne Koordinationsübernahme sowie Entscheidungen über Therapiezieländerung. Letztere bleiben eigenständige medizinische, rechtliche, ethische und partizipative Prozesse.

6 | VERANTWORTUNG

Koordination ist nicht Gesamtverantwortung



CTOP ordnet Koordination - es verschiebt keine gesetzlichen oder professionellen Befugnisse.

Bei delegierten ärztlichen Tätigkeiten bestimmen ärztliche Auswahl, Anleitung und Überwachung den Rahmen; der PA trägt nach dem BÄK-Positionspapier Übernahme- und Durchführungsverantwortung [6]. Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich konkretisiert Anlage 24 BMV-Ä nicht delegierbare Leistungen sowie Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflichten [8]. Dieses Regelwerk gilt nicht pauschal als Krankenhausrecht, zeigt aber die notwendige Trennung der Verantwortungsarten.

Pflegefachpersonen behalten die Pflegeprozessverantwortung für vorbehaltene Aufgaben nach § 4 PflBG. § 4a PflBG erlaubt eigenverantwortliche Heilkundenausübung nur im Rahmen staatlich geprüfter, anerkannter oder festgestellter Kompetenzen [10,11]. CTOP darf diese Grenzen weder überdecken noch pauschal einer anderen Berufsgruppe zuordnen.

Designprinzip

Eine benannte operative Koordination pro definiertem Umfang - nicht eine Person für jede medizinische, pflegerische und prozedurale Verantwortung.

7 | PROZESSMODELL

Fünf Schritte statt vier Schweregrade



Der CTOP liegt exakt zwischen Anfrage und aktiver Koordinationsphase: bei der bestätigten Annahme. Die Prozesszustände sind beobachtbar und auditierbar. Sie sagen nichts über die klinische Schwere aus.

Schritt	Kernfrage
1 Koordinationsbedarf	Ist ein Wechsel oder eine eindeutige Neubenennung der Koordination erforderlich?
2 Anfrage	Wer soll welchen Umfang ab wann übernehmen?
3 Annahme = CTOP	Hat die empfangende Person Rolle, Umfang und Zeitpunkt bestätigt?
4 Aktiv	Sind Teammarkierung, nächster Schritt und fortbestehende Rollen klar?
5 Abschluss	Wurde beendet, zurückgegeben oder erneut bestätigt weitergegeben?

8 | PROZESS

Anfrage und strukturierte Übergabe

Eine Übernahmeanfrage muss an eine identifizierbare Person oder Funktionsrolle gerichtet sein. Der Name eines Teams allein reicht nicht, wenn unklar bleibt, wer dessen Koordination übernimmt. Vor der Anfrage bleiben bestehende Zuständigkeiten und notwendige Sofortmaßnahmen unverändert.

Mindestinhalt	Beispiel
Patient/Fall und Ort	Herr M., Zimmer 14, Station 3
Anlass	akute respiratorische Verschlechterung; lokale Eskalation ausgelöst
aktuelle Koordination	Pflegefachperson koordiniert Erstmaßnahmen, Stationsdienst ist informiert
gewünschter Umfang	operative Koordination der Akutstabilisierung
Grenzen	Pflegeprozess und zugewiesene Fachrollen bleiben bestehen
Anfrage	Übernehmen Sie diese Koordination ab jetzt?

Praxisregel

Die klinische Übergabe enthält Befund, Risiko, laufende Maßnahmen und Kontingenz. CTOP ergänzt nur: Wer übernimmt welchen Koordinationsumfang ab wann?

Ist die empfangende Person noch nicht handlungsfähig, soll sie die Übernahme nicht vorschnell bestätigen. Kapazität, Zuständigkeit und Erreichbarkeit müssen in lokalen Rückfallwegen berücksichtigt werden.

9 | PROZESS

Annahme, aktive Phase und Abschluss

Annahme. Die empfangende Person bestätigt die Rolle, den Geltungsbereich und den Startzeitpunkt. Bei Bedarf nennt sie eine Begrenzung: beispielsweise nur Atemwegskoordination, nur Transportphase oder nur bis zur Übergabe in einen definierten Bereich.

Teammarkierung. Der bestätigte Wechsel wird den unmittelbar Beteiligten kurz mitgeteilt. Dies verhindert, dass einzelne Teammitglieder noch von der bisherigen Koordination ausgehen. Fachlich begrenzte Teilrollen bleiben ausdrücklich sichtbar.

Aktive Phase. Die koordinierende Person hält Prioritäten, Rollen, gemeinsames Lagebild, Reevaluation und weitere Eskalation zusammen. CTOP ersetzt weder konkrete Anordnungen noch deren Dokumentation.

Abschluss oder Re-Transfer. Ein aktiver CTOP endet durch bestätigte Rückgabe, bestätigte Weitergabe oder das vorab definierte Ereignis. Offene Aufgaben und Kontingenzen werden erneut benannt.

Abschlussformel

CTOP um 15:04 Uhr beendet. Weitere Stationskoordination durch Pflegefachperson Y bestätigt. Ärztliche Behandlungskoordination verbleibt bei Dr. X. Offen: Laborbefund und Reevaluation um 15:20 Uhr.

10 | SICHERHEIT

No-gap-Regel, Fallback und Safety Override

No-gap-Regel

Bis zur eindeutigen Annahme und tatsächlichen Handlungsfähigkeit der empfangenden Person bleibt die bisherige operative Koordination bestehen, soweit diese Person handlungsfähig ist. Eine ausstehende, verzögerte oder abgelehnte Annahme darf notwendige Sofortmaßnahmen innerhalb der jeweiligen Kompetenz und die weitere Eskalation nicht verzögern.

- Keine Antwort: CTOP nicht zustande gekommen; nächster lokaler Eskalationsweg wird aktiviert.
- Ablehnung wegen fehlender Kapazität oder Zuständigkeit: Ablehnung benennen und alternative empfangende Rolle festlegen.
- Handlungsunfähigkeit der bisherigen Koordination: lokale Notfall- und Vertretungsregel greift; CTOP darf kein zusätzliches Hindernis schaffen.
- Sicherheitsbedenken: Jede beteiligte Person darf und muss im eigenen Verantwortungsbereich Bedenken äußern, Hard Stop nutzen oder erneut eskalieren.
- Zeitkritische Versorgung: Kommunikation läuft parallel zu indizierten Sofortmaßnahmen, nicht davor als Freigabeschleife.

Fehlannahme vermeiden

Eine dokumentierte Anfrage ohne bestätigte Annahme ist kein CTOP. Die Formulierung 'Team informiert' darf niemals als Übernahmebestätigung interpretiert werden.

11 | TRIGGER

Klinische Eskalation und CTOP getrennt prüfen

Klinischer Trigger	Möglicher CTOP-Trigger
respiratorische, zirkulatorische oder neurologische Verschlechterung	ein Spezialteam soll die operative Koordination ausdrücklich übernehmen
neuer hoher Sauerstoffbedarf, Schockzeichen, Bewusstseinsänderung	formaler Wechsel der Team- oder Einsatzleitung
auffällige Beobachtung, kritischer Labor- oder Monitoringbefund	bisherige Leitung fällt aus oder kann den Umfang nicht mehr koordinieren
klinische Unsicherheit oder Red Flag	widersprüchliche oder nicht erkennbare Koordinationsstruktur muss neu benannt werden
Notwendigkeit sofortiger Maßnahmen	kritischer Transfer mit ausdrücklicher Annahme durch eine Zielrolle

Die linke Spalte löst Beurteilung, Sofortmaßnahmen und Eskalation nach lokalen Verfahren aus. Sie erzeugt nicht automatisch einen CTOP. Die rechte Spalte beschreibt Situationen, in denen ein Wechsel oder eine Neubenennung operativer Koordination sinnvoll geprüft werden kann.

Keine Schwellenwerte

CTOP enthält bewusst keine Vitalparameter- oder Score-Schwellen. Klinische Dringlichkeit wird mit den jeweils gültigen Leitlinien, Frühwarnsystemen, Notfallstandards und professioneller Einschätzung beurteilt.

12 | MINDESTDATENSATZ

So wenig wie möglich - so eindeutig wie nötig

Mündlich zwingend	Für Dokumentation / Rekonstruktion zusätzlich
eindeutiger Patient oder Fall und Ort	Anlass und relevante Gefährdung
übernehmende Person oder Funktionsrolle	anfragende Person / bisherige Koordination
definierter Koordinationsumfang	fortbestehende oder ausdrücklich nicht übernommene Rollen
ausdrückliche Annahme	offene Aufgaben und Rückmeldeweg
Startzeitpunkt	Reevaluations- oder Re-Eskalationskriterium
unmittelbar nächste Priorität	Endbedingung, Rückgabe oder Weitergabe

Der CTOP-Eintrag ersetzt nicht die klinische Befund-, Anordnungs-, Maßnahmen- oder Verlaufsdokumentation. Er soll lediglich die Koordinationsübernahme rekonstruierbar machen.

Empfängerregel

Wird ein Team als Empfänger genannt, muss eine verantwortliche empfangende Person oder lokal eindeutig definierte Funktionsrolle erkennbar sein.

13 | KOMMUNIKATION

Standardisierte Syntax in geschlossener Schleife

1 - Anfrage: 'Frau Dr. X, ich benötige für die akute Verschlechterung von Herrn Y eine eindeutige operative Koordination. Übernehmen Sie ab jetzt die Koordination der Akutstabilisierung?'

2 - Annahme: 'Bestätigt. Ich übernehme ab 14:32 Uhr die operative Koordination dieser Akutsituation bis zur Übergabe an die Intensivstation. Nächste Priorität ist ... Die pflegerische Koordination und die Atemwegsrolle bleiben wie benannt.'

3 - Teammarkierung: 'CTOP bestätigt: operative Koordination Dr. X, Umfang Akutstabilisierung, Beginn 14:32 Uhr.'

4 - Nichtannahme: 'Übernahme nicht bestätigt. CTOP bleibt offen; weitere Eskalation nach lokaler SOP.'

5 - Abschluss: 'CTOP um 15:04 Uhr beendet. Rückübernahme der weiteren Koordination durch Y bestätigt. Offen bleiben ...'

Human-Factors-Grundsatz

Die Formulierungen müssen lokal kurz, eindeutig und trainierbar sein. Sie sollen keine neue Fachsprache erzeugen, die im Team ohne Schulung missverstanden wird.

14 | DOKUMENTATION

Kurznotiz und Auditierbarkeit

Muster-Kurznotiz 14:32 Uhr: CTOP wegen akuter klinischer Verschlechterung angefragt. Dr. N., diensthabende Intensivmedizinerin, bestätigt die Übernahme der operativen Koordination für die Phase der Akutstabilisierung bis zur Übergabe auf Intensivstation. Fortbestehend: pflegerische Prozesskoordination durch PFK Y; Atemwegsrolle durch Anästhesie. Nächste Priorität: [...]. Reevaluation bei [...]. 15:04 Uhr: Weitergabe an Intensivteamleitung Dr. Z bestätigt; offene Maßnahmen: [...].	
Auditfrage	Ja / Nein / nicht anwendbar
Empfangende Person oder Rolle eindeutig?	
Umfang und Beginn benannt?	
Annahme ausdrücklich dokumentiert?	
Fortbestehende Rollen sichtbar?	
Nächster Schritt / Kontingenz benannt?	
Abschluss oder Weitergabe bestätigt?	

Dokumentation darf nicht zur Voraussetzung für die unmittelbar erforderliche Versorgung werden. Der Eintrag kann zeitnah nach der mündlichen Bestätigung erfolgen, sofern die lokale Dokumentationsordnung dies vorsieht.

15 | EINORDNUNG

Geeignete Beispiele und Gegenbeispiele

Situation	Einordnung
Medical-Emergency-Team übernimmt nach ausdrücklicher Annahme	CTOP plausibel
Wechsel der Leitung während laufender Reanimation	CTOP für Koordinationsrolle möglich
Anästhesie übernimmt nur das Atemwegsmanagement	begrenzter Domänen-CTOP möglich; kein Gesamt-CTOP
Telefonische ärztliche Beratung ohne Koordinationsübernahme	kein CTOP
Delegation einer Blutentnahme oder Medikamentengabe	Aufgabenübertragung, kein CTOP
Intensivstation sagt ein Bett zu	organisatorische Annahme, noch kein klinischer CTOP
Oberärztliche Person betritt den Raum und gibt einen Hinweis	kein stillschweigender CTOP
Entscheidung über Therapiebegrenzung	eigenständiger Entscheidungsprozess; kein CTOP
Parallelität Ärztliche Akutkoordination kann wechseln, während die Pflegefachperson ihre Pflegeprozessverantwortung behält. Eine fachlich begrenzte Atemwegs- oder Transportleitung kann zusätzlich bestehen.	

16 | FALL 1

Akute Verschlechterung auf Normalstation

Ausgangslage. Eine Pflegefachperson erkennt eine rasche respiratorische Verschlechterung. Sie beginnt Maßnahmen und eskaliert nach lokaler SOP. Stationsärztlicher Dienst und Medical-Emergency-Team werden parallel eingebunden.

Kein CTOP. Das Team wurde alarmiert, hat den Fall aber noch nicht angenommen. Die bisherigen Rollen bleiben aktiv; Sofortmaßnahmen laufen weiter.

CTOP. Die benannte ärztliche Teamleitung trifft ein, erhält die strukturierte Übergabe und bestätigt: 'Ich übernehme ab jetzt die operative Koordination der Akutstabilisierung.' Umfang, Atemwegsrolle, pflegerische Koordination und nächster Schritt werden markiert.

Abschluss. Nach Stabilisierung und bestätigter Aufnahmeentscheidung wird die Koordination ausdrücklich an die Intensivteamleitung weitergegeben.

Sicherheitsfrage	Erwartete Antwort
Wurde vor Annahme gewartet?	Nein - notwendige Maßnahmen liefen weiter.
Wer führte nach Eintreffen?	Benannte Teamleitung nach expliziter Annahme.
Was blieb bestehen?	Pflegeprozess, Fachrollen und individuelle Durchführungsverantwortung.

17 | FALL 2

Notaufnahme zur Intensivstation

Ausgangslage. Ein instabiler Patient wird in der Notaufnahme versorgt. Die Intensivstation bestätigt zunächst nur die Bettkapazität. Dies ist kein CTOP der klinischen Koordination.

Übergabepunkt. Vor dem innerklinischen Transport erfolgt eine strukturierte Übergabe an die benannte ärztliche oder lokal definierte Intensivteamleitung. Der Empfang bestätigt Koordinationsumfang, Zeitpunkt und Transportverantwortung. Erst dann liegt der CTOP vor.

Begrenzung. Die transportbegleitende Koordination kann zeitlich vor der vollständigen Stationsübernahme liegen. Deshalb muss ausdrücklich benannt werden, wer während Transport, Schleusenphase und Anschlussmonitoring koordiniert.

Typischer Fehler

Bett angenommen = Patient übernommen. Diese Gleichsetzung ist unsicher. Organisatorische Kapazitätszusage, klinische Übernahme, Transportkoordination und pflegerische Aufnahme sind getrennte Ereignisse.

Dokumentation. CTOP-Annahme mit empfangender Person, Transportphase, fortbestehenden Rollen, offenen Risiken und Abschluss nach Anschluss an die Intensivversorgung.

Rettungsdienst zur Notaufnahme

Ausgangslage. Rettungsdienst und Notaufnahme haben jeweils eigene professionelle und organisatorische Verantwortungsbereiche. Die physische Ankunft im Schockraum allein beweist noch nicht, dass eine benannte klinische Koordination übernommen wurde.

Möglicher CTOP. Nach Patientenidentifikation und strukturierter Übergabe bestätigt eine benannte ärztliche oder institutionell definierte Teamleitung die operative Koordination des innerklinischen Fallabschnitts. Laufende Maßnahmen und unmittelbar offene Risiken werden wiederholt.

Kein Doppeltransfer. Medizinische Übergabe, Übergabe von Material oder Medikation, administrative Registrierung und logistische Transportbeendigung können zeitlich auseinanderfallen. CTOP soll nur die definierte Koordinationsübernahme markieren.

Pilotgrenze Ein Rettungsdienst-CTOP erfordert organisationsübergreifende Abstimmung. Für einen ersten Pilot ist ein innerklinischer Anwendungsfall meist leichter kontrollierbar.	
Zu benennen	Beispiel
Empfänger	Dr. X, Schockraumleitung
Umfang	operative Koordination ab Übergabe im Schockraum
offene Risiken	Atemweg, laufende Katecholamine, ausstehende Blutprodukte
Bestätigung	Annahme wiederholt und Team informiert

19 | FALL 4

PA-Eskalation und ärztliche Supervision

Ausgangslage. Ein PA erkennt im delegierten Arbeitsbereich eine relevante Veränderung und eskaliert gemäß lokaler SOP an die supervidierende ärztliche Person. Die ärztliche Rückmeldung enthält zunächst nur eine Einzelanordnung. Das ist kein CTOP.

Möglicher CTOP. Wenn die ärztliche Person zusätzlich ausdrücklich die operative Koordination der Akutphase übernimmt, kann dieser Zeitpunkt als CTOP markiert werden. Der PA führt nur die Aufgaben fort, für die Qualifikation, Delegation und lokale Freigabe bestehen.

Umgekehrte Annahme. Ein PA kann operative Koordination nur übernehmen, wenn die institutionelle Rollenmatrix dies für den konkreten Umfang vorsieht. Der CTOP selbst erzeugt weder Befugnis noch Delegationsfähigkeit. Die BÄK beschreibt PAs als unter ärztlicher Supervision und im Rahmen delegierbarer Tätigkeiten arbeitend [6].

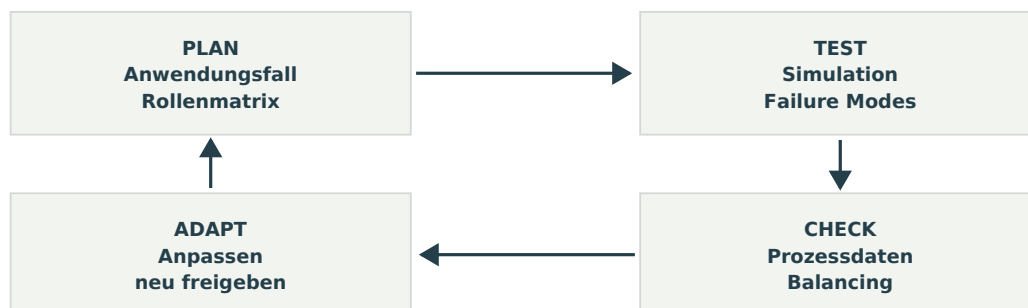
Governance-Kern

CTOP darf niemals als Ersatz für Tätigkeitsbeschreibung, Privilegierung, Kompetenznachweis, Supervisionsstufe oder ärztliche Erreichbarkeit dienen.

Das BÄK-Positionspapier 2025 ist ein orientierender Handlungsrahmen und kein Berufsgesetz. Nach der aktuellen Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages bleibt bei Delegation das 'Ob' der Maßnahme ärztlich; übertragen wird die Durchführung unter konkreter Anordnung und Aufsicht. Eine Substitution ärztlicher Tätigkeit durch PAs besteht nach geltendem Rahmen nicht [15, 16]. Lokale Umsetzung muss diese Grenzen berücksichtigen.

20 | IMPLEMENTIERUNG

Lokale Governance vor klinischer Anwendung



- Einen einzigen, klar abgrenzbaren Hochrisiko-Übergang auswählen.
- Ist-Prozess, bestehende Handoffs, SOPs, Rollen und typische Unklarheiten abbilden.
- Festlegen, wer CTOP anfragen, annehmen, ablehnen und beenden darf.
- Gesamtkoordination, Teilrollen, Vertretung, Nichterreichbarkeit und Fallback definieren.
- Kommunikationssatz und schlanken Dokumentationsdatensatz entwickeln.
- Ärztliche und pflegerische Leitung, PAs, QM, Risiko, Human Factors, IT, Datenschutz und lokale Rechtsprüfung beteiligen.
- Zunächst ausschließlich in Simulationen testen; erst danach begrenzten Pilot freigeben.

Governance Owner

Die Verantwortung für Freigabe, Schulung, Versionskontrolle und Auswertung liegt bei der Einrichtung - nicht bei der einzelnen ausführenden Person und nicht beim Begriff CTOP.

21 | TRAINING

Simulation vor Versorgungspilot

Trainingsziel	Beobachtbares Verhalten
Anfrage	adressiert richtige Person, benennt Umfang und Zeitpunkt
Annahme	wiederholt Rolle, Umfang und nächste Priorität
Teammarkierung	alle Beteiligten können aktuelle Koordination benennen
Teilrollen	Atemweg, Pflege, Prozedur und Transport bleiben sichtbar
Fallback	keine Annahme führt ohne Verzögerung zur nächsten Eskalationsstufe
Abschluss	Rückgabe oder Weitergabe wird bestätigt; offene Aufgaben werden benannt

Simulationsszenarien sollten auch Fehlvarianten enthalten: unklare Empfänger, Schweigen, widersprüchliche Leitung, abgelehnte Übernahme, verzögerte Ankunft, parallele Teilteams und notwendige Sofortmaßnahmen während der Kommunikation.

Debriefing-Fragen

Wer glaubte zu welchem Zeitpunkt, die Koordination innezuhaben? Welche Hinweise stützten diese Annahme? Wurde der Umfang gleich verstanden? Wurde Versorgung verzögert? Welche Rolle blieb unklar?

Vor einem Pilot sind kognitive Interviews mit unterschiedlichen Berufsgruppen sinnvoll. Die Formulierungen müssen ohne Spezialwissen verständlich und unter Zeitdruck reproduzierbar sein.

Vom Konzept zur prüfbaren Intervention

Stufe	Ziel	Methode
1 Konzeptprüfung	Begriffe, Grenzen und relevante Bestandteile	interprofessionelles Expertenreview
2 Verständlichkeit	gleiches Verständnis von Anfrage, Annahme und Umfang	kognitive Interviews
3 Human Factors	Fehlerquellen und Verzögerungsrisiken	Simulation und Failure Mode Analysis
4 Machbarkeit	Anwendbarkeit ohne Prozessunterbrechung	kleiner prospektiver Pilot
5 Prozesswirkung	Rollenübereinstimmung und Umsetzungstreue	beobachtete Vergleichsphasen
6 klinische Wirkung	Patienten- und Sicherheitsoutcomes	erst bei ausreichender Reife und geeignetem Design

Ein einfacher Vorher-nachher-Pilot kann Machbarkeit und Prozessänderungen beschreiben, aber weder Wirksamkeit noch Kausalität für Patientensicherheit beweisen. Der Nenner 'CTOP-geeignete Ereignisse' muss vorab operationalisiert und von klinischer Dringlichkeit getrennt werden.

Primärer früher Endpunkt
Übereinstimmung unabhängiger Teammitglieder darüber, wer zu einem definierten Zeitpunkt welchen Koordinationsumfang innehatte.

Prozessindikatoren und Balancing Measures

Dimension	Mögliche Messgröße
Umsetzungstreue	Vollständigkeit von Annahme, Umfang, Zeitpunkt, nächstem Schritt und Abschluss
Rollenklärung	Übereinstimmung mehrerer Teammitglieder zur aktuellen Koordination
Zeit	Zeit zwischen Anfrage und bestätigter Annahme
Reliabilität	Übereinstimmung unabhängiger Beobachter bei Erkennung und Zeitpunkt
Akzeptanz	Verständlichkeit, Angemessenheit und Praktikabilität
Sicherheitsprozess	Episoden unklarer Doppel- oder Nichtführung
Balancing	Verzögerte Sofortmaßnahmen, Kommunikations- und Dokumentationsdauer
Fehlgebrauch	inflationäre Nutzung, falsche Annahme rechtlicher Verantwortung

Patientenbezogene Outcomes, Auslassungen, Doppelmaßnahmen und kritische Zwischenfälle sind in frühen Piloten explorativ. Sie dürfen nicht ohne kontrolliertes Design kausal dem CTOP zugeschrieben werden.

Keine Zielquote ohne Nenner

Ein hoher Anteil dokumentierter CTOPs ist nicht automatisch gut. Entscheidend ist die vorab definierte Menge geeigneter Ereignisse und das Ausbleiben unerwünschter Wirkungen.

Risiken und unerwünschte Wirkungen

Risiko	Schutzmaßnahme
Dopplung bestehender Handoff-Verfahren	Zusatznutzen pro Anwendungsfall explizit prüfen
falsche rechtliche Sicherheit	Nichtwirkungs-Klausel, Rollenmatrix und Rechtsprüfung
Verzögerung dringlicher Maßnahmen	Safety Override und paralleles Handeln trainieren
zu starke Zentralisierung	Gesamt- und Teilrollen sichtbar halten
Dokumentation ohne gelebte Übernahme	Beobachtung und Teamabgleich statt Aktenprüfung allein
inflationäre Nutzung	enge Ereignisdefinition und Pilotgrenzen
fehlende Patientenperspektive	spätere Einbindung von Patienten- und Angehörigenvertretung
begrenzte Übertragbarkeit	settingspezifische Anpassung und erneute Validierung

Weitere Limitationen sind die bislang fehlende formale Inhaltsvalidität, nicht geprüfte Interrater-Übereinstimmung, fehlende Human-Factors-Daten, unklare Zusatzwirkung gegenüber etablierten Verfahren und nicht gesicherte Eigenständigkeit der Terminologie.

25 | DISKUSSION

Plausibilität, Zusatznutzen und Forschungsagenda

Die Kernidee ist fachlich plausibel, weil sie bekannte Sicherheitsprinzipien auf einen engen Mikromoment verdichtet: adressierte Anfrage, bestätigte Annahme, definierter Umfang und sichtbarer Abschluss. Gerade diese Begrenzung unterscheidet die überarbeitete Fassung vom früheren Levelmodell.

Gleichzeitig ist die konzeptionelle Eigenleistung begrenzt: Handoff- und Closed-Loop-Verfahren enthalten bereits Verantwortungstransfer, Annahmestätigung und Kontingenzplanung [2-5]. CTOP muss daher zeigen, ob ein zusätzlicher Zeit- und Rollenmarker in laufenden dynamischen Situationen tatsächlich verständlicher und praktikabler ist als eine gute Umsetzung vorhandener Verfahren.

Die prioritäre Forschungsagenda umfasst: Begriffskonsens, interprofessionelle und rechtliche Prüfung, kognitive Interviews, Inhaltsvalidierung, Simulationsstudien, Reliabilität der Ereigniserkennung, Machbarkeitspilot, Balancing Measures und erst später eine geeignete Prozessevaluation.

Wirkannahme

CTOP soll die Wahrscheinlichkeit verringern, dass Beteiligte von unterschiedlichen operativen Koordinationsrollen ausgehen. Ob dies Zusammenarbeit, Entscheidungsgeschwindigkeit oder Patientensicherheit verbessert, ist empirisch offen.

SCHNELLZUGRIFF

CTOP in einer Minute



Prüffrage	Mindestantwort
Wer?	benannte empfangende Person oder eindeutige Funktionsrolle
Was?	definierter Koordinationsumfang
Ab wann?	bestätigter Startzeitpunkt
Wozu?	nächste Priorität / gemeinsames Ziel
Was bleibt?	fortbestehende Fach-, Pflege- und Durchführungsrollen
Wenn nicht?	Fallback-Eskalation ohne Versorgungsverzögerung
Bis wann?	Endbedingung, Rückgabe oder erneute Weitergabe

Merksatz

Angefragt ist nicht angenommen. Angenommen ist nur der benannte Umfang. Aktiv bleibt CTOP nur bis zum bestätigten Abschluss oder Transfer.

QUELLEN

Primär- und Referenzdokumente I

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss. Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL), Fassung 17.12.2015, zuletzt verfügbar geändert 18.01.2024. Die G-BA-Seite weist darauf hin, dass eine am 20.08.2026 in Kraft getretene Änderung in der angebotenen Fassung noch nicht enthalten war. Zugriff 27.08.2026. [g-ba.de/richtlinien/87](https://www.g-ba.de/richtlinien/87)
- [2] Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS 3.0 - Tool: Handoff. Zugriff 27.08.2026. ahrq.gov/.../handoff.html
- [3] Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS 3.0 - Closed-Loop Communication. Zugriff 27.08.2026. ahrq.gov/.../communication
- [4] World Health Organization. Transitions of Care. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: WHO; 2016. WHO IRIS
- [5] The Joint Commission. National Performance Goals, effective January 2026 - handoff communication. Zugriff 27.08.2026. Joint Commission PDF
- [6] Bundesärztekammer. Physician Assistance - ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen. April 2025. [bundesaerztekammer.de](https://www.bundesaerztekammer.de)
- [7] Bundesärztekammer. Beratungsergebnisse des 129. Deutschen Ärztetages 2025, Ergebnis zur weiteren Präzisierung von Delegationsfragen im PA-Positionspapier; Beratung des BÄK-Vorstands 15./16.01.2026. BÄK PDF
- [8] KBV und GKV-Spitzenverband. Anlage 24 BMV-Ä: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Stand 01.01.2015. [kbv.de](https://www.kbv.de)

QUELLEN

Primär- und Referenzdokumente II

[9] Bundesärztekammer. Konzeptpapier zur Akut- und Notfallversorgung. 04.04.2024. [bundesaerztekammer.de](https://www.bundesaerztekammer.de)

[10] Pflegeberufegesetz § 4 - Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung. [gesetze-im-internet.de/pflbg/_4.html](https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/_4.html)

[11] Pflegeberufegesetz § 4a - Eigenverantwortliche Heilkundenausübung im Rahmen staatlich geprüfter, anerkannter oder festgestellter Kompetenzen. [gesetze-im-internet.de/pflbg/_4a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/_4a.html)

[12] Sozialgesetzbuch V § 135a - Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. [gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html)

[13] Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. N Engl J Med. 2014;371:1803-1812. doi:10.1056/NEJMsa1405556. NEJM

[14] Chin GSM, Warren N, Kornman L, Cameron P. Transferring responsibility and accountability in maternity care: clinicians defining their boundaries of practice in relation to clinical handover. Midwifery. 2012;28(6):e844-e850. PubMed

[15] Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste. Physician Assistants im deutschen Gesundheitswesen - rechtliche Rahmenbedingungen. WD 8 - 033/26, WD 7 - 017/26, WD 3 - 024/26. April 2026. [bundestag.de](https://www.bundestag.de)

[16] Sozialgesetzbuch V §§ 15 und 28 - ärztliche Behandlung und Hilfeleistungen anderer Personen unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung. [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)

[17] Bürgerliches Gesetzbuch §§ 630a, 630f und 630h - fachlicher Standard, Dokumentation und Beweislast bei Behandlungsfehlern. [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)

Versionshistorie

Version	Datum	Wesentliche Änderung
1.0	05/2026	Vierstufiges Levelmodell; Portfolio-Konzeptpapier
2.0	08/2026	Neukonzeption als Akzeptanzmarker; Levelmodell und 'Definitive Authority' entfernt; No-gap-, Abschluss-, Governance- und Evaluationslogik ergänzt

Autorennotiz
Dominik Allwardt entwickelt das Konzept im Rahmen seiner fachlichen Arbeit zu Akutversorgung, Patientensicherheit, Delegation und PA-Governance. Die Verantwortung für Prüfung, Freigabe und Anwendung in einer Einrichtung liegt ausschließlich bei deren zuständigen Strukturen.