

Clinical Take-Over Points

CTOP-Konzept zur expliziten Übernahme klinischer Situationsführung in dynamischen Versorgungssituationen

Konzeptionelles Modell zur Rollenklärung, Eskalationslogik, Dokumentation und Clinical Governance

Status des Dokuments

Konzeptpapier / wissenschaftliche Aufbereitung in Vorbereitung.

Das Modell ist bisher nicht prospektiv evaluiert und stellt keinen etablierten klinischen Standard dar.

Es ersetzt keine Leitlinien, hausinternen SOPs, ärztlichen Anordnungen oder rechtliche Bewertung.

Autor: Dominik Allwardt

Pflegefachmann | angehender Physician Assistant

Schwerpunkte: Akut- und Notfallmedizin, Patientensicherheit, Delegationsmodelle, klinische Entscheidungsstrukturen

KURZÜBERBLICK

Clinical Take-Over Points (CTOP)

CTOPs beschreiben ein konzeptionelles Modell zur strukturierten und expliziten Übernahme klinischer Situationsführung in dynamischen Versorgungskontexten. Das Modell adressiert Situationen, in denen Übergabe, Delegation, Konsil, Eskalation und Mitbeurteilung ineinandergreifen, ohne dass immer eindeutig erkennbar ist, ab welchem Zeitpunkt eine Person oder Einheit die operative klinische Führungsrolle übernommen hat.

Arbeitsdefinition

Ein Clinical Take-Over Point ist ein klar definierter, kommunizierter und bestätigter Zeitpunkt, an dem die klinische Situationsführung für einen konkreten Patientenfall oder Versorgungsvorgang von einer verantwortlichen Person oder Einheit auf eine andere übergeht.

Ziel des Modells

- Verantwortungsübergänge in dynamischen klinischen Situationen expliziter machen.
- Teamkommunikation, Eskalationslogik und Entscheidungsfähigkeit verbessern.
- Implizite Verantwortungsannahmen reduzieren.
- Dokumentation, Simulation, Fallreflexion und Qualitätsmanagement unterstützen.
- Einen Single Point of Operational Clinical Leadership sichtbar machen, ohne die bestehende rechtliche Verantwortungsordnung neu zu definieren.

Inhalt dieses Konzeptpapiers

- Ausgangsproblem und Begriffsabgrenzung
- Definition des CTOP
- CTOP-Stufenmodell Level I-IV
- Trigger, Dokumentationslogik und Formulierungsbeispiele
- Anwendungsfelder in Akut-, Notfall-, Intensiv-, Stations- und Transfersituationen
- Implementierung in SOPs, Fallreflexion, Simulation und Clinical Governance
- Wissenschaftliche Einordnung, Limitationen und Entwicklungsstatus

PROBLEMSTELLUNG

1. Ausgangsproblem

In dynamischen klinischen Situationen entsteht häufig eine Grauzone zwischen Informationsweitergabe, Mitbeurteilung, Delegation, Eskalation und tatsächlicher Übernahme klinischer Situationsführung. Mehrere Personen handeln gleichzeitig, Informationen werden geteilt, Maßnahmen werden vorbereitet oder begonnen. Dennoch bleibt nicht immer eindeutig, ab wann eine Person oder ein Team die führende klinische Entscheidungs- und Koordinationsrolle übernommen hat.

Diese Unklarheit betrifft insbesondere Settings mit Zeitdruck, hoher Risikodichte, mehreren Berufsgruppen und wechselnden Verantwortungsräumen: Notaufnahme, Schockraum, Intensivstation, Normalstation, innerklinischer Transport, Rettungsdienstübergabe, Verlegungssituationen und Krisenereignisse auf Station.

Typische Risiken unklarer Verantwortungsübergänge

- verzögerte oder widersprüchliche Entscheidungen
- parallele Handlungsannahmen ohne eindeutige Führung
- unklare Eskalationswege und unklare Rücksprachepflichten
- implizite Verantwortungsannahmen durch bloßes Mitwissen oder Mitbeurteilen
- Kommunikationsbrüche an Schnittstellen
- erschwerte Nachvollziehbarkeit in Fallanalysen, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen oder Qualitätsprüfungen
- Unsicherheit darüber, wer die operative klinische Situation aktuell führt

Leitfrage

Wer führt die klinische Situation ab welchem Zeitpunkt - und wurde diese Übernahme für das Team erkennbar bestätigt?

CTOPs sollen solche Übergänge nicht nur faktisch, sondern kommunikativ und dokumentarisch sichtbar machen.

BEGRIFFSRAHMEN

2. Definition und Mindestbestandteile

Ein Clinical Take-Over Point ist kein zusätzlicher bürokratischer Zwischenschritt, sondern ein klarer klinischer Marker. Er soll dort greifen, wo die Führung einer Situation aus Gründen der Patientensicherheit, Dringlichkeit oder Risikodichte nicht mehr implizit bleiben darf.

Definition

Ein CTOP ist ein klar definierter, kommunizierter und bestätigter Zeitpunkt, an dem die klinische Situationsführung für einen konkreten Patientenfall oder Versorgungsvorgang von einer verantwortlichen Person oder Einheit auf eine andere übergeht.

Mindestbestandteile eines CTOP

- klinischer Anlass oder Trigger
- übergebende Person oder Einheit
- übernehmende Person oder Einheit
- Umfang der übernommenen Führungs-, Koordinations- oder Entscheidungsverantwortung
- explizite Bestätigung durch die übernehmende Seite
- Zeitpunkt der Übernahme
- vereinbarter nächster Schritt
- nachvollziehbare Dokumentation oder eindeutige Übergabemarkierung

Wichtige Einschränkung

Das Konzept beschreibt keine eigenständige rechtliche Neubestimmung ärztlicher Verantwortung. Es versteht sich als Kommunikations-, Dokumentations- und Governance-Modell zur expliziten Klärung klinischer Situationsführung innerhalb bestehender rechtlicher, fachlicher und institutioneller Rahmenbedingungen.

Kurzformel

Situation erkannt - Übernahme ausgesprochen - Übernahme bestätigt - nächster Schritt dokumentiert.

TRENNSCHÄRFE

3. Abgrenzung zu verwandten Konzepten

CTOPs sind bewusst von etablierten Begriffen abzugrenzen. Viele Schnittstellenprobleme entstehen nicht, weil gar keine Kommunikation stattfindet, sondern weil unterschiedliche Kommunikationsformen mit unterschiedlichen Verantwortungswirkungen verwechselt werden.

<p>CTOP ist nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bloße Übergabe von Informationen • reine Delegation einer Einzelaufgabe • Konsil oder Mitbeurteilung ohne Führungswechsel • Hard Stop ohne Übernahme klinischer Führung • informelles Mitwissen ohne Bestätigung 	<p>CTOP ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • expliziter Übernahmezeitpunkt • bestätigte klinische Situationsführung • sichtbarer Verantwortungsmarker für das Team • dokumentierbarer Eskalationspunkt • Instrument für Clinical Governance und Fallreflexion
--	--

Begriffsabgrenzung im Detail

- Übergabe: primär strukturierter Informationsfluss. Eine Übergabe führt nicht automatisch zu einer expliziten Übernahme klinischer Führungsverantwortung.
- Delegation: Übertragung einer konkreten Aufgabe. Die übergeordnete Verantwortung und die Pflicht zu Auswahl, Anleitung und Überwachung verbleiben im jeweiligen rechtlichen Rahmen.
- Konsil oder Mitbeurteilung: fachliche Einschätzung durch eine weitere Instanz, ohne zwingenden vollständigen Führungswechsel.
- Hard Stop: sicherheitsbezogene Unterbrechung bei drohender Gefahr. Ein Hard Stop löst nicht automatisch einen strukturierten Führungswechsel aus.
- CTOP: explizite und bestätigte Übernahme der klinischen Situationsführung für einen definierten Fall, eine definierte Phase oder eine definierte Hochrisikosituation.

LEVEL I-IV

4. CTOP-Stufenmodell

Das CTOP-Modell nutzt eine vierstufige Eskalationslogik. Die Stufen I und II beschreiben vorbereitende Phasen vor einem eigentlichen Take-Over. CTOP im engeren Sinn beginnt ab Level III.

Level	Bezeichnung	Funktion	Typische Kriterien
I	Awareness and Preparedness	Pre-CTOP: erhöhte Aufmerksamkeit ohne Führungswechsel.	Abweichung vom Normalzustand, kompensierte Parameter, vorbereitende Informationssammlung.
II	Shared Clinical Control	Pre-CTOP: gemeinsame Lagebeurteilung mit aktiver Einbindung der nächsthöheren Instanz.	Relevante Verschlechterung, Rücksprache, diagnostische/therapeutische Vorbereitung.
III	Active Clinical Take-Over	CTOP in Kraft: explizite Übernahme der klinischen Situationsführung.	Akute Entscheidungsnotwendigkeit, instabile Vitals, GCS-Abfall, Dekompensationsrisiko.
IV	Definitive Authority	Hochrisiko-CTOP: Führung bei lebensbedrohlichen, invasiven oder irreversiblen Entscheidungen.	Schockraumführung, Reanimation, Atemwegssicherung, Therapiezieländerung.

Interpretation

Level I und II verbessern Wachsamkeit, gemeinsame Lagebeurteilung und Eskalationsbereitschaft. Level III markiert die explizite Übernahme klinischer Situationsführung. Level IV beschreibt Hochrisikosituationen mit besonderer Entscheidungs- und Dokumentationsdichte.

Single Point of Operational Clinical Leadership

Der zentrale operative Gedanke ist, dass zu jedem kritischen Zeitpunkt für das Team erkennbar sein soll, wer die aktuelle klinische Situationsführung innehat. Der Begriff beschreibt operative klinische Führung und ersetzt keine rechtliche Verantwortungsanalyse.

VORBEREITENDE ESKALATION

5. Prä-CTOP: Level I und II

Level I - Awareness and Preparedness

Level I beschreibt eine Situation mit erhöhter Aufmerksamkeit, ohne dass bereits eine aktive Führungsübernahme erforderlich ist. Die Situation ist noch kompensiert, weist aber Abweichungen vom Normalzustand oder frühe Warnzeichen auf.

- Abweichung vom Normalzustand
- stabile oder noch kompensierte Vitalparameter
- frühe klinische Warnzeichen
- erhöhter Beobachtungsbedarf
- vorbereitende Informationssammlung
- noch keine akute Interventionspflicht

Ziel Level I

Risiken frühzeitig wahrnehmen, Informationen strukturieren und eine mögliche Eskalation vorbereiten.

Level II - Shared Clinical Control

Level II beschreibt eine Situation, in der eine relevante Verschlechterung oder Unsicherheit besteht und die nächsthöhere klinische Instanz aktiv eingebunden wird. Es entsteht eine gemeinsame klinische Lagebeurteilung, aber noch kein vollständiger Führungswechsel.

- relevante klinische Verschlechterung
- gemeinsame Lageeinschätzung
- aktive Rücksprache mit ärztlicher oder höher qualifizierter Instanz
- beginnende diagnostische oder therapeutische Vorbereitungen
- geteilte klinische Bewertung
- noch kein vollständiger Führungswechsel

Ziel Level II

Rücksprache und Lagebeurteilung so gestalten, dass bei weiterer Verschlechterung ein CTOP ohne Verzögerung ausgelöst werden kann.

EXPLIZITE ÜBERNAHME

6. CTOP in Kraft: Level III und IV

Level III - Active Clinical Take-Over

Level III beschreibt den eigentlichen Clinical Take-Over Point. Die klinische Situation erfordert eine eindeutige Führungsübernahme durch eine klar benannte Person oder Einheit. Entscheidend ist die explizite, für das Team erkennbare und dokumentierbare Übernahme.

- akute klinische Entscheidungsnotwendigkeit
- objektive Eskalation
- instabile Vitalparameter oder Dekompensationsrisiko
- relevanter Bewusstseinsverlust oder GCS-Abfall
- drohende respiratorische, zirkulatorische oder neurologische Verschlechterung
- notwendige Priorisierung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen
- explizite Bestätigung der Übernahme

Beispielformulierungen

"Ich übernehme ab jetzt die klinische Führung dieser Situation."

"Übernahme durch Schockraumleitung bestätigt."

"CTOP Level III: Übernahme durch Intensivteam, nächster Schritt Atemwegssicherung und Transportvorbereitung."

Level IV - Definitive Authority

Level IV beschreibt Situationen mit höchstem Risiko, in denen lebensbedrohliche, invasive, irreversible oder ethisch besonders relevante Entscheidungen anstehen.

- Schockraumführung
- Atemwegsmanagement und Intubationsentscheidung
- Reanimationsleitung
- invasive Notfallmaßnahmen
- Verlegung auf Intensivstation oder OP unter Hochrisikobedingungen
- Therapiezieländerung oder Therapiebegrenzung im interprofessionellen Kontext
- kritische Transport- oder Übergabesituationen

OPERATIONALISIERUNG

7. Trigger und Entscheidungskriterien

CTOPs sollten nicht zufällig oder rein gefühlsbasiert ausgelöst werden. Sinnvoll ist eine Kombination aus objektiven Kriterien, klinischer Einschätzung und definierter Rücksprachelogik. Die konkreten Trigger müssen institutionell angepasst und in SOPs eingebettet werden.

Mögliche Trigger für Level III oder IV

- akute respiratorische Verschlechterung oder relevante Zunahme des Sauerstoffbedarfs
- zirkulatorische Instabilität, Schockzeichen oder rasche hämodynamische Verschlechterung
- neurologische Verschlechterung, neuer Bewusstseinsverlust oder relevanter GCS-Abfall
- unklare kritische Situation mit unmittelbarem Entscheidungsbedarf
- Notwendigkeit invasiver Maßnahmen oder Hochrisikointerventionen
- Übergang in ein spezialisiertes Versorgungsteam, z.B. Schockraum-, Intensiv- oder OP-Team
- konflikthafte oder unklare Führungsstruktur in einer laufenden Akutsituation
- kritische Transport-, Verlegungs- oder Übergabesituation

Nicht jeder Eskalationskontakt ist ein CTOP

Ein CTOP sollte nicht inflationär verwendet werden. Viele klinische Rückfragen bleiben auf Level I oder II: erhöhte Aufmerksamkeit, gemeinsame Lagebeurteilung, Rücksprache, Vorbereitung. Erst wenn die operative klinische Situationsführung explizit wechselt oder eindeutig neu benannt werden muss, liegt ein CTOP im engeren Sinn vor.

Praxisregel

CTOP nur dann markieren, wenn für das Team erkennbar sein muss: Ab jetzt führt diese Person oder Einheit die kritische klinische Situation.

AUDITIERBARKEIT

8. Dokumentationslogik

Ein CTOP sollte kurz, praktikabel und ohne zusätzliche Dokumentationslast abbildbar sein. Ziel ist keine neue Parallelbürokratie, sondern ein klarer Marker in bestehenden Dokumentations- und Übergabestrukturen.

Element	Beschreibung
Zeitpunkt	Wann wurde der CTOP ausgelöst oder bestätigt?
Anlass	Welches klinische Ereignis oder Risiko führte zur Übernahme?
Übergabe von	Person/Einheit, die bis dahin klinisch führte oder koordinierte.
Übernahme durch	Person/Einheit, die die klinische Situationsführung übernimmt.
CTOP-Level	I-IV; im engeren Sinn meist III oder IV.
Nächster Schritt	Unmittelbare Priorität, Intervention, Diagnostik oder Ziel.
Rückspracheweg	Wer wird wann erneut informiert oder eingebunden?

Beispiel einer Kurznotiz

14:32 Uhr, CTOP Level III: klinische Situationsführung bei respiratorischer Verschlechterung von Stationsarzt an Intensivteam übergeben. Übernahme durch Intensivarzt bestätigt. Priorität: Atemwegsicherung, BGA, Transportvorbereitung Intensivstation.

Dokumentationsprinzip

Die Dokumentation sollte so knapp wie möglich und so eindeutig wie nötig sein. Relevant sind Zeitpunkt, Anlass, übergebende und übernehmende Einheit, CTOP-Level sowie der nächste klinische Schritt. Der Eintrag soll nachträglich nachvollziehbar machen, wann operative klinische Führung explizit gewechselt hat.

SETTINGS

9. Praktische Anwendungsfelder

CTOPs können insbesondere dort sinnvoll sein, wo klinische Verantwortung dynamisch wechselt oder mehrere Akteure gleichzeitig beteiligt sind. Das Modell ist nicht auf ärztliche Berufsgruppen beschränkt, sondern betrifft alle Schnittstellen, an denen operative Situationsführung, Delegation, Beobachtung und Eskalation ineinandergreifen.

<p>Akut- und Notfallmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rettungsdienstübergabe an die Notaufnahme • Übernahme durch Schockraumteam • Medical-Emergency-Team-Situationen • Reanimations- oder Atemwegsmanagement • akute Verschlechterung auf Station 	<p>Station, Intensiv, Transport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlegung von Normalstation auf Intensivstation • innerklinischer Transport kritisch kranker Patient:innen • perioperative Übergänge • Übergabe zwischen Diensten bei instabilen Patient:innen • kritische Therapieziel- oder Verlegungsentscheidungen
---	---

Interprofessioneller Nutzen

- Pflege, ärztlicher Dienst, PA, Rettungsdienst und Spezialteams erhalten einen gemeinsamen Verantwortungsmarker.
- Eskalationsentscheidungen werden für das Team sichtbar.
- Fallreflexionen können präziser rekonstruieren, wann Führung, Priorität und Verantwortungsannahme wechseln.
- Simulationstrainings können CTOP-Auslösung und Receiver-Bestätigung gezielt üben.
- SOPs können definieren, bei welchen Situationen ein CTOP geprüft oder zwingend markiert werden soll.

GOVERNANCE

10. Implementierung in SOP, Training und QM

Damit CTOPs nicht nur als Begriff existieren, müssen sie in vorhandene Strukturen eingebettet werden. Geeignet sind SOPs, Teamtrainings, Simulationsszenarien, Dokumentationsmasken, Übergabeprotokolle und Fallreflexionen.

Implementierungsbausteine

- Definition klinischer Situationen, in denen CTOPs relevant sein können.
- Festlegung, wer CTOPs auslösen, bestätigen und dokumentieren darf oder muss.
- Standardisierte Kurzformulierungen für mündliche Übernahme und Receiver-Bestätigung.
- Integration in bestehende Übergabeformate wie SBAR oder lokale Notfallstandards.
- Dokumentationsfeld oder Kürzel für CTOP-Level und Übernahmezeitpunkt.
- Training in Simulationen: Wahrnehmen, Aussprechen, Bestätigen, Dokumentieren.
- Regelmäßige Auswertung in Fallbesprechungen oder Qualitätszirkeln.

Mögliche Qualitätsindikatoren

- Zeit von erkannter Verschlechterung bis zur expliziten Übernahme
- Anteil dokumentierter CTOPs bei definierten Hochrisikosituationen
- Häufigkeit unklarer Verantwortungszuordnung in Fallanalysen
- Teamverständnis zu CTOP-Triggern und Rücksprachewegen
- subjektive Team-Sicherheit in dynamischen Eskalationssituationen
- Dokumentationsqualität kritischer Übergänge

Umsetzungsprinzip

CTOPs sollten nicht als zusätzliche Hierarchieebene verstanden werden, sondern als explizite Kommunikations- und Governance-Struktur innerhalb vorhandener Rollen und Verantwortlichkeiten.

STATUS UND LIMITATIONEN

11. Wissenschaftliche Einordnung

Das CTOP-Konzept befindet sich aktuell in konzeptioneller Entwicklung. Es versteht sich als Modell zur Operationalisierung klinischer Verantwortungsübergänge und soll Schnittstellen zwischen Delegation, Eskalation, Übergabe, Supervision und Clinical Governance präziser beschreibbar machen.

Statuskennzeichnung

Status: konzeptionelle Entwicklung / wissenschaftliche Aufbereitung in Vorbereitung.

Validierung: bisher nicht prospektiv evaluiert.

Anwendungsbezug: Notaufnahme, Schockraum, Intensivstation, Normalstation, Transport, Übergabe- und Eskalationssituationen.

Ziel: Entwicklung eines praxisnahen Frameworks zur expliziten Verantwortungsübernahme in dynamischen klinischen Settings.

Zu prüfende Forschungs- und Entwicklungsfragen

- definitorische Trennschärfe zu Übergabe, Delegation, Konsil und Eskalation
- Anwendbarkeit in unterschiedlichen klinischen Settings
- Akzeptanz bei ärztlichen, pflegerischen und akademisierten Gesundheitsberufen
- Integration in SOPs und Dokumentationssysteme
- Einfluss auf Teamkommunikation, Entscheidungsfähigkeit und Patientensicherheit
- Nutzen in Simulation, Fallanalyse und Qualitätsmanagement
- rechtliche Anschlussfähigkeit innerhalb bestehender Verantwortungsstrukturen

Limitation

Die Terminologie ist derzeit nicht als etablierter Standard validiert. Das Konzept sollte daher als Arbeitsmodell verstanden werden, nicht als klinische Norm oder rechtliche Empfehlung.

AKADEMISCHER BEZUG

12. Einordnung in mein akademisches Profil

Das CTOP-Konzept ist Teil meines fachlichen Arbeitsschwerpunktes an der Schnittstelle von Delegation, Patientensicherheit, klinischer Entscheidungsstruktur und Governance. Es ergänzt meine konzeptionelle Arbeit zu Eskalationslogik, Rollenklärung im interprofessionellen Team und dokumentations-sicherer Verantwortungs-zuordnung.

Bezugspunkte

- Delegationsmodelle und Verantwortungslogik
- Eskalations- und Rücksprachekriterien
- Rollenklärung zwischen Pflege, ärztlichem Dienst, PA und Spezialteams
- dokumentations-sichere Verantwortungs-zuordnung
- Skill-Decay-Management und Kompetenzgrenzen
- SOP-basierte Prozessgestaltung
- Patientensicherheit in dynamischen Versorgungssituationen
- Clinical Governance und Fallreflexion

Einordnung in das Allwardt-Modell

CTOPs können als ein Baustein eines umfassenderen Modells zur Verbindung von Delegation, Governance, Privilegierung und Skill-Decay-Management verstanden werden. Während Delegation primär die Übertragung konkreter Aufgaben beschreibt, fokussiert CTOP auf den expliziten Wechsel operativer klinischer Situationsführung in kritischen oder dynamischen Momenten.

Kernidee

Klinische Verantwortung soll nicht nur formal bestehen, sondern im situativen Handeln für alle Beteiligten sichtbar, aussprechbar, bestätigbar und nachvollziehbar sein.

ZUSAMMENFASSUNG

13. Schlussbemerkung

Clinical Take-Over Points sollen eine klinische Grauzone adressieren, die in dynamischen Versorgungssituationen regelmäßig entsteht: Viele Personen sind beteiligt, Informationen fließen, Maßnahmen laufen an - aber die operative klinische Führungsübernahme bleibt nicht immer explizit.

Das CTOP-Konzept versucht, diese Übergänge sprachlich, strukturell und dokumentarisch greifbar zu machen. Damit kann es perspektivisch zur Verbesserung von Teamkommunikation, Eskalationslogik, Fallreflexion und Patientensicherheit beitragen.

Arbeitsstand

- Version 1.0
- Stand: 05/2026
- Konzeptionelle Entwicklung: Dominik Allwardt
- Status: wissenschaftliche Aufbereitung in Vorbereitung
- Validierung: bisher nicht prospektiv evaluiert

Hinweis

Dieses Dokument dient der akademischen und konzeptionellen Darstellung. Die Umsetzung in klinischen Einrichtungen müsste immer lokal geprüft, ärztlich verantwortet, rechtlich bewertet und in bestehende SOPs, Dokumentationssysteme und Governance-Strukturen eingebettet werden.