

VAW ORG-02a: Standardisierte Ärztliche Vorgabe BtM

Diese Verfahrensanweisung stellt die nach Art. 7b des ALBVVG zu erstellende **Standardisierte ärztliche Vorgabe zur Verabreichung von Betäubungsmitteln durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter** dar. Zu den entsprechenden Rechtsgrundlagen sei auf die Kapitel 1.1 sowie 2.1 der VAW ORG-02 Medizinische Kompetenz des Rettungsdienstfachpersonals verwiesen.

1. Pharmakologie der Opioide

Opioide sind eine chemisch heterogene Gruppe von Substanzen, deren gemeinsames Merkmal die Bindung an Opiatrezeptoren im Organismus ist – demzufolge gibt es endogene (körpereigene) Opioide, aber auch exogene (körperfremde) Opioide sowohl natürlichen Ursprungs (z.B. Alkaloide des Schlafmohns) wie pharmazeutisch hergestellt.

Der Organismus besitzt verschiedene Opiatrezeptoren (z.B. delta-, kappa- und mu-Rezeptor) mit unterschiedlichem Wirkspektrum – allen gemeinsam ist die Vermittlung einer analgetischen Wirkung. Opiatrezeptoren finden sich vorwiegend im Gehirn und Rückenmark, aber auch im Darm.

Erwünschte Wirkungen – Indikationen

- (starke) Analgesie
- Senkung der kardialen preload (Vorlast) durch die Substanz Morphin
- Sedierung (eine leichte Sedierung kann erwünscht, eine stärkere Sedierung kann kontraindiziert sein)
- Obstipation (bei lokaler Anwendung von Opiaten im Darm, die nicht resorbiert werden)
- Antitussive Wirkung (Unterdrückung eines Hustenreizes)

Unerwünschte Wirkungen – Kontraindikationen

- Atemdepression – typisch ist eine vertiefte Atmung mit niedriger Atemfrequenz, die oft durch Anhalten des Patienten zur Atmung (Kommandoatmung) überwunden werden kann; Vorsicht bei Asthma bronchiale und COPD (wegen Atemdepression und Dämpfung des Hustenreflexes)
- Kreislaufdepression – insbesondere im Volumenmangel (Trauma) und kardiogenem Schock
- Sedierung (in stärkerem Umfang unerwünscht), aber auch euphorisierende Wirkung (abhängig vom spezifischen Opiatrezeptor)
- Übelkeit / Erbrechen (Stimulation des cerebralen Brechzentrums) – Aspirationsgefahr insbesondere bei nicht nüchternen Patienten (etwa im Rahmen der Narkoseeinleitung durch den Notarzt)
- Obstipation (essenziell bei Langzeitanwendung, im Notfall nicht relevant)
- Tonussteigerung der glatten Muskulatur der Spinkteren des Magen-Darm-Traktes. **Daher sollten Opioide bei abdominalen Koliken, Pancreatitis oder Harnverhalt zurückhaltend verabreicht werden (Analgetikum der 2. Wahl bei Nierenkoliken).**
- Suchtpotential – nicht bei einmaliger, medizinisch indizierter Anwendung. Cave: Eine Opioidgabe bei Drogenkonsumenten mit Opioidsucht ist kontraindiziert.
- Miosis (stecknadelkopf enge Pupillen)

Zeichen einer Opioidintoxikation ist die Trias aus Bewusstseinsstörung (Sedierung), Atemdepression und Miosis.

2. Vorbereitung des Patienten

Die Vorbereitung des Patienten zur Gabe von Opiaten umfasst:

- Monitoring (Pulsoximetrie, Kapnometrie, EKG, RR-Messung) angeschlossen, i.v.-Zugang gelegt
- Anamnese nach SAMPLE-Schema, insbesondere Abklärung möglicher Allergien
- Kontraindikationen (s.o.) ausgeschlossen, Lebensalter beachtet (keine Opiatgabe bei Kindern < 6 Jahren)
- Patient aufgeklärt (Analgetikagabe durch Notfallsanitäter, kein Notarzt), Patient stimmt der Analgetikagabe zu (siehe Kap. 1.0 der VAW ORG-02)

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst	06/2026	TS	1.2	TS	1 von 6

- Bei Traumapatienten GCS sowie Höhen- und Seitenzeichen **vor** Analgosedierung erhoben und dokumentiert, initiale DMS-Kontrolle distal der Läsion vor Immobilisation (ebenso nach Immobilisation sofern möglich)
- Vorbereitung auf eine (kurzzeitige) Ateminsuffizienz (Masken-Beutel-Beatmung inkl. Demand-Ventil gerichtet, Absaugung gerichtet)

3. Indikation

Indikationen zur Gabe von Opiaten durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind:

Traumatologische Schmerzzustände

- **starker Schmerz** bei Extremitätentrauma (Distorsion, Luxation, Fraktur, schweren Weichteilverletzungen), Schmerzen trotz Lagerung / Immobilisation fortbestehend bzw. Lagerung schmerzbedingt nicht möglich
- **starker Schmerz** bei Wirbelsäulentrauma und nicht traumatischen akuten Affektionen der Wirbelsäule (z.B. **akute Lumbago** / **Bandscheibenvorfall**)
- **starker Schmerz** bei Verletzungen am Körperstamm und stabilen Vitalfunktionen (Patient bewusstseinsklar, suffiziente Atmung, stabiler Kreislauf)
- **starker Schmerz** zur lebensrettenden therapeutischen Intervention
 - Indikation zur Anlage einer Beckenschlinge bei V.a. Beckentrauma.
 - Indikation zur Anlage eines Tourniquets bei Amputationsverletzung oder nicht stillbarer Blutung aus einer Extremität

Die Indikationen entsprechen damit weitgehend den Indikationen der Analgesie mit S-Ketamin / Midazolam (siehe Kapitel 3.3 VAW ORG-02), wobei S-Ketamin eher der Therapie von Schmerzspitzen (z.B. bei Rettung eines Patienten mit Bewegung des Patienten) dient und Opiate Vorteile bei der Analgesie über einen längeren Zeitraum (z.B. unter Transport) haben.

Bei **Schwerverletzten / Polytraumen** mit Einschränkung der Vitalfunktionen soll keine Gabe von Opiaten erfolgen. Hier ist wegen der besseren Steuerbarkeit, dem schnelleren Wirkeintritt und den sympathomimetischen Begleiteffekten S-Ketamin indiziert und kann unter strenger Nutzen-Risiko-Abwägung (siehe Kap. 3.3 VAW ORG-02) durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter verabreicht werden.

Bei drohender oder manifester Schocksymptomatik sollte **grundsätzlich KEIN** Opiat, sondern S-Ketamin zur Analgesie genutzt werden – **sowohl bei lebensrettenden therapeutischen Optionen wie bei Schwerverletzten / Polytraumen.**

Internistische Schmerzzustände

- **akuter starker Thoraxschmerz** mit stabilen Kreislauffunktionen (STEMI / instabile Angina pectoris, Lungenarterienembolie)
- **akuter starker abdominaler Schmerz** mit stabilen Kreislauffunktionen (unklares Abdomen, akute gastroenterologische und gynäkologische Krankheitsbilder)
- **Nierenkolik** als Analgetikum der 2. Wahl bei nicht ausreichender Wirkung von Paracetamol

Bei drohender oder manifester Schocksymptomatik sollte auch bei internistischen Schmerzzuständen primär S-Ketamin zur Analgesie genutzt werden und eine Opiatgabe nur unter strenger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

4. Substanzen

Im saarländischen Rettungsdienst sind die Opiate Morphin, Piritramid und Sufentanil (bzw. standortabhängig Fentanyl) verlastet.

Morphin

Morphin hat eine Wirkpotenz von 1,0 (Referenzsubstanz der analgetischen Potenz). Morphin erreicht seine volle Wirkung 10-15 min nach Injektion mit einer Wirkdauer von 4-5 Stunden.

Morphin senkt die kardiale preload (Vorlast), was notfallmedizinisch beim akuten Coronarsyndrom oder bei der akuten Linksherzinsuffizienz (Lungenödem) genutzt werden kann.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst	06/2026	TS	1.2	TS	2 von 6

Piritramid (z.B. Dipidolor®)

Piritramid hat eine Wirkpotenz von 0,7. Es erreicht seine volle Wirkung 5-10 min nach Injektion mit einer Wirkdauer von 3-5 Stunden.

Fentanyl / Sufentanil

Fentanyl hat eine Wirkpotenz von 100, Sufentanil eine von 1.000. Beide Substanzen wirken 60-120 Sekunden nach Injektion mit einer Wirkdauer von 30 min (Fentanyl) bzw. 70 min (Sufentanil).

Weitere Substanzen aus der Medikamentengruppe der Opiate werden rettungsdienstlich vor allem wegen ihrer niedrigen analgetischen Potenz nicht genutzt – z.B. Pethidin (Dolantin®, analgetische Potenz 0,1) oder Tramadol (Tramal®, analgetische Potenz 0,05)

Zur Gabe durch die Notfallsanitäterin bzw. den Notfallsanitäter ist die **Substanz Morphin** vorgesehen und wird auf den Rettungswagen vorgehalten.

5. Dosierung

Zur exakten Dosierung muss Morphin verdünnt werden, wobei aus didaktischen Gründen eine Verdünnung analog der Verfahrensvorgabe beim S-Ketamin erfolgt.

Morphin liegt in Ampullen zu 10mg/ml vor. Die empfohlene Dosierung beträgt 0,05-0,1 mg je kgKörpergewicht. Die Verdünnung erfolgt mit:

- Entnahme von 1 ml (= 10 mg), Verdünnung mit NaCl-Lösung auf 20 ml, damit enthält diese Lösung 0,5 mg/ml
- Gabe von 1 ml dieser verdünnten Lösung pro 10 kgKG als Initialdosis (0,05 mg/kgKG)
- eine Wiederholung in halber Initialdosis ist bis zu zweimal möglich, sodass als Maximaldosis 0,1 mg/kgKG (obere Grenze des empfohlenen Dosierungsspektrums) möglich ist.

Die Vorgabe zur Verdünnung und Dosierung von Morphin entspricht damit exakt der Vorgabe für S-Ketamin.

6. Gabe von Antiemetika

Übelkeit / Erbrechen durch Stimulation des cerebralen Brechzentrums ist eine unerwünschte Wirkung bei Opiatgabe, daher ist die Gabe eines Antiemetikums indiziert. Für den Notfallsanitäter / die Notfallsanitäterin steht präklinisch kein Antiemetikum zur Verfügung.

Dimenhydrinat (Vomex®) kann die sedierende Wirkung von Opiaten erheblich verstärken und damit zu einer Gefährdung der Atmung und erhöhten Aspirationsgefahr führen.

Ondansetron (Zofran®) ist in seinem Anwendungsspektrum begrenzt auf die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen aufgrund einer zytotoxischen Chemotherapie oder Strahlentherapie und die Prophylaxe und Behandlung von postoperativer Übelkeit und Erbrechen. Ersteres ist keine präklinische Einsatzsituation und Zweiteres beschreibt ein klinisches Anwendungsgebiet. Daher ist die präklinische Gabe von Ondansetron als off-label-use im Sinne eines ärztlichen Heilversuches zu werten, die nicht auf den Notfallsanitäter übertragen werden kann. Hintergrund dieser Überlegungen des Herstellers ist, dass Ondansetron dosisabhängig das QT-Intervall verlängert und in seltenen Fällen bei gleichzeitiger Hypokaliämie oder Hypomagnesiämie zu malignen Rhythmusstörungen mit Torsade de pointes führen kann. Daher sollte vor der Anwendung der Elektrolytstatus erhoben und eine Hypokaliämie und Hypomagnesiämie ausgeschlossen werden, was präklinisch **erst mit Einführung der Point-of-Care Labordiagnostik (nur auf den NEF verfügbar) möglich ist.**

7. Wechselwirkungen

Opiate und S-Ketamin/Midazolam verstärken sich wechselseitig in ihren Wirkungen, was insbesondere die atemdepressive Wirkung betrifft. Daher ist bei Anwendung in kurzer Folge (z.B. Rettung eines Patienten unter Analgesie mit S-Ketamin/Midazolam und anschließende Analgesie zum Transport mit einem Opiat) starke Vorsicht (kritische Nutzen-Risiko-Abwägung) geboten.

Bei Anwendung von S-Ketamin/Midazolam und Opiaten in kurzer Folge sollte die Opiatgabe **auf die Initialdosis von 0,05 mg/kgKG beschränkt** werden – eine Wiederholungsgabe von Opiaten muss in diesen Fällen unterbleiben.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst	06/2026	TS	1.2	TS	3 von 6

8. Indikation zur Nachforderung eines Notarztes

KEINE Nachforderung ist erforderlich bei:

- isoliertem Extremitätentrauma, Wirbelsäulentrauma oder nicht traumatischer akuter Affektion der Wirbelsäule, wenn nach Lagerung und Immobilisation in achsengerechter Position unter Analosedierung der Patient schmerzfrei (oder zumindest schmerzarm) ist und kein DMS-Ausfall vorliegt.
- einer kurzzeitigen Ateminsuffizienz nach Analosedierung, die durch eine Masken-Beutel-Beatmung < 2 Minuten beherrscht werden konnte und der Patient im Anschluss suffizient spontan atmet. Gleiches gilt für das Vorliegen einer Kommandoatmung, die durch wiederholte Aufforderung des Patienten zur Atmung mit dann SpO₂ > 90% beherrscht werden kann.

Eine Nachforderung MUSS erfolgen bei:

- Unzureichender Analgesie (VAS > 5 nach Analosedierung)
- Längerer Ateminsuffizienz (> 2 min)

Kreislaufinsuffizienz und Schock

Traumatologischen Schmerzzuständen

- DMS-Ausfall –insbesondere bei V.a. Luxation oder Luxationsfraktur einer Extremität
- allen Traumata, die über ein isoliertes Wirbelsäulen- oder Extremitätentrauma oder eine niederschwellige Verletzung am Körperstamm (z.B. Rippenprellung) hinaus gehen (z.B. SHT, Trauma von Thorax, Abdomen oder Becken)

Internistische Schmerzzuständen

- grundsätzlich akuter Thoraxschmerz mutmaßlich kardialer oder kardiozirkulatorischer Genese (z.B. STEMI, LAE). Bei einem ACS / NSTEMI und deutlicher Beschwerdeverbesserung unter Analgesie kann insbesondere bei kurzer Transportstrecke der Verzicht auf die Nachforderung eines Notarztes erwogen werden

In allen genannten Fällen ist der Einsatz eines Notarztes zwingend – sollte nicht primär seitens der Leitstelle ein Notarzt eingesetzt sein, muss eine Nachforderung erfolgen.

9. Monitoring und Transport

Für Monitoring und Transport gilt:

- engmaschige Überwachung der Vitalparameter während der Patientenversorgung
- **grundsätzlich** Transportbegleitung durch den Notfallsanitäter, der die Analgesie mit Opiat durchgeführt hat. Eine Übergabe an einen anderen RTW (Notfallsanitäter) ist statthaft, die Übergabe an einen KTW ist strikt untersagt. Dies gilt auch dann, wenn ein Notfallsanitäter auf dem KTW Dienst tut, da die materielle Ausstattung eines KTW nicht auf das Monitoring und die ggfs. notwendige Versorgung von Komplikationen nach Opiatgabe ausgerichtet ist.
- **grundsätzlich** muss ein Patient nach Opiatgabe einer klinischen Versorgung zugeführt werden. Eine **ambulante Opiatgabe** durch Notfallsanitäter ist untersagt. Verweigert ein Patient nach Opiatgabe den Transport in eine Klinik, ist zwingend ein Notarzt nachzufordern.

10. Dokumentation

Die Dokumentation der Patientenversorgung erfolgt in der digitalen Einsatzdokumentation (hilfsweise auf dem jeweils aktuellen DIVI-Notfallprotokoll). Hierbei ist gemäß gesetzlicher Vorgabe (§ 6 BtMVV in Verbindung mit § 13 und 14 BtMVV) zwingend zu dokumentieren (siehe hierzu auch VAW ORG-2b Musterverfahrensanweisung BtM) :

- Protokollnummer des Einsatzprotokolls
- Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
- Datum und Uhrzeit der Verabreichung
- Art und Menge der Verabreichung
- Grund der Verabreichung
- Name und Unterschrift der verabreichenden Person

Konkret heißt dies für die **Einsatzdokumentation**:

- Die digitale Einsatzdokumentation (hilfsweise das DIVI-Notfallprotokoll) umfasst grundsätzlich die Protokollnummer sowie die personenbezogenen Daten des Patienten – hier ist eine gesonderte Dokumentation bei Opiatgabe nicht notwendig.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst	06/2026	TS	1.2	TS	4 von 6

- Eine Opiatgabe wird -wie jede andere Medikamentengabe- in der Einsatzdokumentation mit Medikamentenname, Dosierung sowie mit (Datum und) Uhrzeit der Verabreichung **UND** der verabreichenden Person dokumentiert. Letzteres erfolgt lediglich durch Angabe der Qualifikationsbezeichnung („NFS“, „NA“ oder „TNA“), wobei sich aus Fahrzeugkennung und Dienstplan im Bedarfsfall der Name der verabreichenden Person gemäß BtMVV rekonstruieren lässt.

Bei Opiatgaben ist -wie bei allen anderen Medikamentengaben, hier aber **gesetzlich zwingend**- die verabreichende Person (nachvollziehbar über ihre Qualifikationsbezeichnung) anzugeben. Einsatzprotokolle ohne Angabe der verabreichenden Person sind nicht gesetzeskonform.

- Wird ein Opiat gemäß obiger Dosierungsvorgabe in mehreren Einzeldosen (Initialdosis und 1. bzw. 2. Wiederholungs-dosis) verabreicht, so sind die Einzelgaben getrennt und nicht als Summendosierung zu dokumentieren.

Opiatgaben sind in der digitalen Einsatzdokumentation einzeln zu dokumentieren.

- Es ist sowohl die Menge des Opiats, das dem Patienten verabreicht wurde wie auch die Menge des nicht dem Patienten verabreichten Opiats („verworfen“) zu dokumentieren – letzteres erfolgt in der digitalen Einsatzdokumentation im Freitext Anamnese/Befund.
- Um die bestimmungsgemäße Anwendung von Opiaten durch Notfallsanitäter („Grund der Verabreichung“) gemäß BtMVV zu dokumentieren, muss die Einsatzdokumentation zwingend die Diagnose des Notfallpatienten sowie die Visuelle Analogskala bei Eintreffen am Patienten (VAS-1) und bei Übergabe des Patienten (VAS-2) enthalten. Diese Parameter sind Pflichtfelder in der digitalen Einsatzdokumentation und sollten daher vorliegen. Es ist ein gravierender Dokumentationsmangel, wenn die VAS-2 nicht korrekt dokumentiert wird, weil automatisiert (copy and paste) die Vitalparameter bei Eintreffen für den Übergabebefund übernommen werden. Entspricht die VAS-2 der VAS-1, kann also keine Schmerzlinderung erreicht werden, müsste zwingend (siehe Abschnitt 8 dieser VAW) die Nachforderung eines Notarztes erfolgen.

Bei Opiatgaben ist darauf zu achten, dass eine korrekte Dokumentation der Schmerzintensität bei Eintreffen (VAS-1) und bei Patientenübergabe (VAS-2) erfolgt. Eine unreflektierte Übernahme der Vitalparameter zu Einsatzbeginn auf den Übergabebefund stellt einen gravierenden Dokumentationsfehler dar.

Dokumentation des Opiatverbrauches im Opiatbestand der Rettungswache (Btm-Depot)

Die Dokumentation des Opiatverbrauchs im Opiatbestand der zugehörigen Rettungswache (gemäß Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes) erfolgt nach den Vorgaben des für die Opiatdokumentation verantwortlichen Arztes. Der ZRF Saar hat festgelegt, dass der Ärztliche Leiter Rettungsdienst diese Aufgabe gemäß § 6, Absatz 2 BtMVV für den Bereich der Opiatgabe durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im saarländischen Rettungsdienst übernimmt. Der ZRF Saar trifft daher Vereinbarungen mit seinen Beauftragten zu den Rahmenbedingungen im BtM-Management auf den Wachen und der BtM-Dokumentation – konkret ist mit VAW ORG-02b eine Muster-Verfahrensanweisung zum BtM-Management seitens des ZRF erstellt zur Umsetzung in verbandsspezifischen Dienstanweisungen der Beauftragten im saarländischen Rettungsdienst für ihre jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Gemäß dieser Verfahrensanweisung umfasst die Dokumentation des Opiatverbrauchs im Opiatbestand der Rettungswache (Btm-Depot) **mindestens**:

- Protokollnummer des Einsatzprotokolls – hier ist die Einsatznummer der ILS und/oder die Protokollnummer der digitalen Einsatzdokumentation zu nennen
- Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten – hier ist ein Verweis auf die Einsatzdokumentation nicht statthaft
- Verabreichte Menge (inklusive Dokumentation des Verwurfs)
- Name, Vorname und Unterschrift der verabreichenden Person

Die Dokumentation kann analog (Btm-Buch) oder digital (nach BtMVV zugelassene digitale Anwendung zur Btm-Dokumentation) erfolgen.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst	06/2026	TS	1.2	TS	5 von 6

11. Btm-Übergabe an Dritte

Da nach Vorgaben des BtmVV die Verantwortung für Verbleib und Dokumentation von BTM bei dem Arzt liegt, der die entsprechenden BTM-Anforderungsscheine ausstellt, liegen im saarländischen Rettungsdienst zwei unterschiedliche Verantwortungsbereiche für die im Verkehr befindlichen BTM vor. Die auf den RTW eingesetzten BTM werden vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Saarland rezeptiert, während die auf den NEF genutzten BTM durch die jeweiligen Standortkliniken über die jeweiligen Notarzteinsetzleiter rezeptiert werden. In der Folge **MÜSSEN** beide Bereiche strikt getrennt bleiben, das heißt, **es ist nicht möglich, BTM der RTW aus dem NEF-Vorrat zu bestücken und umgekehrt.**

In der Praxis gilt:

- Bereits aufgezugene Opiate dürfen an den ggfs. zeitversetzt eintreffenden **Notarzt** übergeben werden – in der Einsatzdokumentation sind entsprechende Einzelgaben zu vermerken, sodass zu erkennen ist, welche Dosen von welchem Behandler verabreicht wurden.
- Aus dem RTW-Bestand darf ein Opiat auch an andere **mitbehandelnde Ärzte (z.B. Hausarzt, Ärztlicher Notfalldienst der KV)** abgegeben werden – in der Einsatzdokumentation sind entsprechende Einzelgaben zu vermerken, sodass zu erkennen ist, welche Dosen von welchem Behandler verabreicht wurden.
- Der **TNA** kann in seiner Beratung zur Analgesie eines Notfallpatienten selbstverständlich auf alle Analgetika des RTW (inklusive Opiate) zurückgreifen.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
C: ZRF/Ordner/Rettungsdienstliche Grundlagen/Verfahrensanweisungen Rettungsdienst	06/2026	TS	1.2	TS	6 von 6