

## Neue EU-Vorgaben zum Einsatz von Desfluran

M. Thoma<sup>1</sup> · E. Moresco<sup>2</sup>

► **Zitierweise:** Thoma M, Moresco E: Neue EU-Vorgaben zum Einsatz von Desfluran. *Anästh Intensivmed* 2026;67:131–132. DOI: 10.19224/ai2026.131

Im März 2024 wurde die Verordnung (EU) 2024/573 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Februar 2024 über fluorierte Treibhausgase verabschiedet. Diese sogenannte F-Gas-Verordnung sieht vor, dass die routinemäßige Anwendung von Desfluran ab dem 1. Januar 2026 EU-weit untersagt wird. In schriftlich begründeten Ausnahmefällen bleibt der Einsatz von Desfluran jedoch zulässig; die entsprechende Begründung ist für mindestens fünf Jahre aufzubewahren.

Die während des Beschlussprozesses aufgekommene Diskussion ist zwischenzeitlich wieder abgeflaut, vermutlich bedingt durch das Ausbleiben eines vollständigen Verbots. Gleichwohl wurde kürzlich ein breit angelegter Appell zur Aufweichung der geplanten Einschränkungen von einem Desfluran-Hersteller unterstützt [1].

Desfluran weist zahlreiche Übereinstimmungen mit Sevofluran hinsichtlich Indikationen und Kontraindikationen auf. Aus der klinischen Praxis ergibt sich jedoch ein relevanter Vorteil von Desfluran bei Patientinnen und Patienten mit einem Body-Mass-Index (BMI)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> [2].

Target-Controlled-Infusion(TCI)-Modelle, wie beispielsweise das Schnider-Modell, sind lediglich für Patientinnen und Patienten mit einem BMI von bis zu 35 kg/m<sup>2</sup> validiert. Zudem wurde die Überlegenheit inhalativer Anästhetika gegenüber der total intravenösen Anästhesie (TIVA) hinsichtlich der Reduktion des

Awareness-Risikos in mehreren Studien gezeigt [3].

Sevofluran und Desfluran unterscheiden sich jedoch erheblich in ihrer kontextsensitiven Halbwertszeit. Gerade Patientinnen und Patienten mit einem BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> sind in der postoperativen Phase aufgrund des Obesitas-Hypoventilationssyndroms (OHS) besonders gefährdet. Aus Gründen der perioperativen Patientensicherheit sollte Desfluran in dieser Patientengruppe daher anderen derzeit klinisch gebräuchlichen Inhalationsanästhetika vorgezogen werden.

Würden ausschließlich Patientenkomfort und Umweltverträglichkeit bei der Auswahl des Anästhetikums berücksichtigt, wäre Xenon vermutlich das Mittel der Wahl: hinsichtlich Kreislaufstabilität, Aufwachzeiten und Umweltbilanz ist es unübertroffen. Aufgrund der aktuellen geopolitischen Situation ist Xenon jedoch kostenintensiv und für die EU nur eingeschränkt verfügbar [4].

Auch Kolleginnen und Kollegen in den Vereinigten Staaten von Amerika werden ihren Beitrag leisten müssen. Dort sind die endtidale Gasdosierung, TCI-Verfahren sowie Sevofluran-Narkosen mit Frischgasflüssen unter 1 L/min bislang nicht zugelassen.

In politisch bewegten Zeiten, in denen sich Krankenhäuser zunehmend auf Verteidigungs- und Bündnisfälle vorbereiten, sollte der Versorgungssicherheit ein angemessener Stellenwert eingeräumt werden. Halothan und Isofluran

- 1 Universitätsklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Kepler Universitätsklinikum, Linz, Österreich (Leiter: Prof. Dr. J. Meier)
- 2 Notfall-, Anästhesie und Intensivmedizin (NAI), Zentralkrankenhaus Bozen, Italien (Leiter: Dr. M. Kaufmann)

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

### Schlüsselwörter

Desfluran – Perioperative Patientensicherheit – Adipositas – Nachhaltigkeit – Green Surgery

### Keywords

Desflurane – Perioperative Patient Safety – Obesity – Sustainability – Green Surgery

sind bereits größtenteils aus den zivilen europäischen Operationssälen verschwunden. Sevofluran könnte im Falle einer Mangellage für den militärischen Bereich reserviert bleiben, da dort weit verbreitete Systeme wie der **Triservice Apparatus** oder das **Diamedica Portable Anaesthesia System** nicht für Desfluran geeignet sind. Desfluran hingegen könnte weiterhin primär in zivilen Krankenhäusern eingesetzt werden.

Ziel dieses Leserbriefes ist es ausdrücklich nicht, Alternativen zur Inhalationsanästhesie zu diskreditieren, auch wenn die ökologische Toxizität von Propofol, insbesondere in aquatischen Lebensräumen, seit Langem bekannt ist [5]. Ebenso wenig soll die Debatte „TIVA versus balancierte Anästhesie“ erneut entfacht werden, zumal es sich nicht um ein vollständiges Verbot von Desfluran handelt.

Ebenso darf das alleinige Augenmerk nicht auf der Anästhesie liegen – nach dem impliziten Motto „es ist immer die Anästhesie schuld“. Auch unsere chirurgischen Kolleginnen und Kollegen sind gefordert, im Rahmen eines gesamtgesellschaftlichen **Green-Surgery-Konzepts** evidenzbasierte Beiträge zur Nachhaltigkeit zu leisten. Auch stellt das AnaConDa®-System mit seinem Einsatz von Isofluran bzw. Sevofluran trotz der damit verbundenen Patientenvorteile einen gewissen Kontrast zu den Konzepten der „Green Intensive Care“ dar, die derzeit ebenfalls stark propagiert werden.

Trotz aller klimapolitischen Überlegungen darf der Kernauftrag der Anästhesie nicht aus dem Blick geraten. Gesetzgeber sowie Patientinnen und Patienten erwarten zu Recht, dass Ärztinnen und Ärzte bei entsprechender Indikation auf das gesamte verfügbare anästhesiologische Instrumentarium zurückgreifen können. Voraussetzung hierfür ist die Etablierung klarer abteilungsinterner Standardarbeitsanweisungen (SOPs), die eindeutig definieren, unter welchen Bedingungen Desfluran eingesetzt werden sollte.

Die Möglichkeit zur weiteren Anwendung von Desfluran muss erhalten bleiben, um auch Assistenzärztinnen und -ärzte adäquat im Umgang mit diesem Anästhetikum auszubilden.

### Literatur

1. Kranke P, Jakobsson J, Marin L, Kleinberg, R L, Landoni G, et al: Protecting clinician autonomy and patient safety within the climate debate: the case for desflurane in modern anaesthesia. *Current Opinion in Anesthesiology* 39(1)115-125, February 2026. | DOI: 10.1097/ACO.0000000000001595
2. McKay RE, Malhotra A, Cakmakkaya OS, Hall KT, McKay WR, Apfel CC: Effect of increased body mass index and anaesthetic duration on recovery of protective airway reflexes after sevoflurane vs desflurane. *Br J Anaesth.* 2010 Feb;104(2):175-82. doi: 10.1093/bja/aep374. Epub 2009 Dec 26. PMID: 20037150
3. Pandit JJ, Andrade J, Bogod DG, Hitchman JM, Jonker W, al: Royal

College of Anaesthetists; Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia: summary of main findings and risk factors. *Br J Anaesth.* 2014 Oct;113(4):549-59. doi: 10.1093/bja/aeu313. Epub 2014 Sep 9. PMID: 25204697

4. Rare Gases (Krypton, Neon, Xenon): Impact assessment for supply security. [https://rms.jrc.ec.europa.eu/uploads/JRC130349\\_01\\_rare\\_gases.pdf](https://rms.jrc.ec.europa.eu/uploads/JRC130349_01_rare_gases.pdf) (Zugriffsdatum: 10.01.2026)
5. Waspe J, Orr T: Environmental risk assessment of propofol in wastewater: a narrative review of regulatory guidelines. *Anaesthesia.* 2023 Mar;78(3):337-342. doi: 10.1111/anae.15967. Epub 2023 Jan 25. PMID: 36695328.

### Korrespondenz- adresse



**Dr. med. univ.  
Erich Moresco, BSc**

Notfall-, Anästhesie und Intensiv-  
medizin (NAI)  
Zentralkrankenhaus Bozen  
Lorenz-Böhler-Straße 5  
39100 Bozen, Italien  
E-Mail: erich.moresco@sabes.it  
ORCID-ID: 0000-0002-9639-9663