

und farbige Leuchtkraft erzielt sind. Claudia Walde hat dafür eng mit den Derix Glasstudios in Taunusstein zusammengearbeitet. Dort fand sie glasmalerische Meisterschaft und das für die Umsetzung notwendige künstlerische Einfühlungsvermögen. Dank des wertschätzenden Miteinanders von Künstlerin und Glasexpert:innen halten im mre sogar die Funktionsräume Kunstgenuss bereit. Claudia Waldes Farbe, Transparenz und Licht schaffen auch für diese besonderen Räume eine einzigartige künstlerische Atmosphäre.

Frau Prof. Führer-Sakel, welche Rolle spielt Kunst für Sie persönlich im medizinischen Alltag – eher Inspiration, Orientierung oder Anstoß zur Reflexion?

Prof. Führer-Sakel: Für mich kann Kunst je nach Situation und Werk sowohl Inspiration, Orientierung als auch Anstoß zur Reflexion bieten. Der medizinische Alltag ist stark von Routinen, Leitlinien und Zeitdruck geprägt. Kunst eröffnet einen anderen Raum – einen Raum, in dem nicht alles sofort eindeutig sein muss und die Vermittlung von neuen Sachverhalten auch Zeit braucht. Am Beispiel von *Wandering Thoughts*: Die leuchtenden, teilweise transparenten Farbschichten wirken auf den ersten Blick dynamisch, fast unruhig, entfalten aber bei längerem Betrachten eine gewisse Tiefe und Ruhe.

Wenn man *Wandering Thoughts* betrachtet, erinnert man sich vielleicht an Situationen, in denen man erfolgreich komplexe Sachverhalte durchdrungen und Lösungen gefunden hat – sei es bei herausfordernden medizinischen Fällen, organisatorischen Aufgaben oder in Forschungskonsortien. Auch dort ergibt sich das Neue oft erst, wenn man bereit ist, die Komplexität zuzulassen und sich auf das Ungeklärte einzulassen. Diese Erkenntnis macht hoffentlich Mut auch herausfordernde große Themen, wie die erforderliche Neustrukturierung unseres Gesundheitssystems anzugehen.

In diesem Sinne ist Kunst für mich kein Gegenpol zur Wissenschaft, sondern eine sinnvolle Ergänzung. Sie schärft den Blick, fördert Offenheit und hilft, den eigenen Standpunkt immer wieder zu überprüfen.

Herr Dr. Kornhoff, Sie begleiten jedes Jahr die Auswahl des Leitmotivs und arbeiten dabei eng mit den Kongresspräsidentinnen und -präsidenten zusammen. Wie verlief der Austausch mit Prof. Führer-Sakel? Welche Aspekte spielten bei der Bewertung von MadCs Werk eine besondere Rolle?

Dr. Kornhoff: Dass sich Frau Prof. Führer-Sakel für eine zeitgenössische Position entschieden hat, freut mich sehr. Sie gibt damit unserer Gegenwart eine (bildkünstlerische) Stimme im Rahmen des Kongresses. Dabei ist gerade Claudia Waldes Verwurzelung in der Street Art ein wichtiges symbolträchtiges Zeichen für die DGIM und unsere Idee von Museum. Beide Partner denken Ihre Verantwortung und Rolle weit über körperschaftliche, institutionelle und architektonische Grenzen hinaus.

Abschlussfrage an Prof. Führer-Sakel und Dr. Kornhoff: Was hoffen Sie, dass die Kongressteilnehmenden beim Besuch des Museums oder beim Blick auf das Leitmotiv für sich persönlich entdecken?

Dr. Kornhoff: Wenn die Besucher:innen ihren Rundgang im Untergeschoss unsers Museums beginnen, werden sie von *Wandering Thoughts* begrüßt. Die Arbeit lädt dazu ein, den Kopf freizumachen, die Gedanken schweifen zu lassen. Inspiriert von Claudia Waldes

Arbeit können die Besuchenden sich auf ganz auf das unerschöpfliche Abenteuer abstrakte Kunst einlassen.

Prof. Führer-Sakel: Ich wünsche mir, dass das Leitmotiv Neugier weckt und sich der Betrachter darauf einläßt, Gedanken schweifen zu lassen, ohne sofort ein Ergebnis zu erwarten. Wenn Kongressteilnehmende darin Parallelen zur Medizin erkennen – zur Chance, Wandel aktiv zu gestalten –, dann hat das Werk seinen Zweck erfüllt. Der Paradigmenwechsel, über den wir sprechen, beginnt nicht nur in Studien oder Leitlinien, sondern vor allem im Denken und Handeln.



Kommissionen & Arbeitsgruppen

Kommission Leitlinien

Neues zur Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 80 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt – bei der S3-Leitlinie „Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)“ sogar federführend. Anfang des Jahres erschien eine vollständig aktualisierte Fassung des Werks. Leitlinienkoordinator und DGIM-Mandatsträger Professor Dr. med. Hanno Riess, Seniorprofessor an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie der Charité Berlin, fasst die wesentlichen Punkte zusammen.

Die Keyfacts zur Leitlinie



▲ Prof. Dr. Hanno Riess

Die venöse Thromboembolie (VTE) ist die dritthäufigste kardiovaskuläre Erkrankung nach Myokardinfarkt und Schlaganfall mit einer Inzidenz von 1,4–3,2/1000 Personen pro Jahr in Deutschland. Sie ist mit einer Mortalität von 6,5 %, einer VTE-Rezidivrate trotz Therapie von 5,4 % und dem Auftreten schwerer (Therapie-assoziiierter) Blutungen von 2,7 % im ersten Jahr nach VTE-Diagnose assoziiert. Die Primärprophylaxe redu-

ziert das Auftreten von VTE und die damit verbundene Morbidität und Mortalität. Daher ist bei allen Patienten – insbesondere solchen mit operativen Eingriffen, Verletzungen oder akuten Erkrankungen – die Indikation zu einer risikoadaptierten Prophylaxe zu prüfen.

Evaluation von VTE- und Blutungsrisiko

Die klinische Abschätzung von VTE- und Blutungsrisiken ist essenzielle Voraussetzung zur sachgerechten Indikationsstellung einer VTE-Prophylaxe. Die Kategorisierung des individuellen VTE-Risikos anhand dispositioneller und expositioneller Risikofaktoren in niedriges, mittleres und hohes VTE-Risiko hat sich bewährt. Allerdings werden im klinischen Alltag oft Patienten bezüglich ihres VTE-Risikos unzutreffend eingeordnet. Patienten mit mittlerem oder hohem VTE-Risiko erhalten die empfohlene medikamentöse Prophylaxe nicht – andererseits werden Patienten mit niedrigem VTE-Risiko primärprophylaktisch mit Antikoagulanzen behandelt und deren Risiken (Verdopplung des Risikos schwerer Blutungen, HIT, u. a.) ausgesetzt. Die Anwendung sogenannter „Risk Assessment Methods (RAMs)“ wie

- Caprini-Score (bevorzugt für chirurgische Patienten)
- **IMPROVE-VTE-Score** (■ Tab. 1; bevorzugt für konservative Patienten)
- **Khorana-** oder neu der **EHR-CAT-Score** (für ambulant behandelte Tumorpatienten)

verbessern die VTE-Risiko-Zuordnung und damit die Patientenselektion für oder gegen eine medikamentöse VTE-Prophylaxe.

Auch für die Evaluation des Blutungsrisikos sind validierte RAMs verfügbar, wie der

- **IMPROVE-Blutungs Score** (■ Tab. 2) zur Einschätzung des Blutungsrisikos.

Bei einem **IMPROVE-VTE-Score** von **>2** und einem **IMPROVE-Blutungs-Score** von **<7** sollte eine medikamentöse VTE-Prophylaxe erfolgen.

Eine Integration geeigneter RAMs in die Praxis-/Klinik-Software eröffnet die Möglichkeit einer regelhaften Evaluation von VTE- und Blutungs-Risiken mit automatischer Alarmfunktion.

Methoden der VTE-Prophylaxe

Abhängig von individuellen VTE- und Blutungsrisiken stehen verschiedene wirksame und sichere Optionen zur primären Prophylaxe zur Verfügung:

- Basismaßnahmen (Frühmobilisation, Bewegungsübungen, Anleitung zu Eigenübungen) und ausreichende Flüssigkeitszufuhr für alle Patienten
- Medikamentöse VTE-Prophylaxe **bei mittlerem oder hohem VTE-Risiko** bevorzugt mit
 - *niedermolekularem Heparin (NMH)*,
 - *Fondaparinux (FPX)*.

Im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie werden zusätzlich indikationsspezifisch *direkte orale Antikoagulanzen (DOAK)*, bei Hüft- und Kniegelenkschirurgie) oder *Acetylsalicylsäure (ASS)*, bei unfallchirurgisch/orthopädischen Eingriffen an der unteren Extremität) evidenzbasiert empfohlen.

Tab. 1 IMPROVE-VTE-Score

Kriterium	Punktwert
Anamnestische VTE	3
Bekannte Thrombophilie	2
Lähmung der unteren Extremität	2
Krebserkrankung	2
Mobilitätseinschränkung ≥ 7 Tage	1
Behandlung auf Intensivstation	1
Älter als 60 Jahre	1
Hohes Risiko	Summe >2

Tab. 2 IMPROVE-Blutungs-Score

Kriterium	Punktwert
Niereninsuffizienz (GFR < 60 ml/min/1,73 m ²)	1
Männlich	1
Alter > 40 Jahre	1,5
Aktive Krebserkrankung	2
Rheumatische Erkrankung	2
ZVK/Portkatheter	2
Intensivstation	2,5
Nierenversagen (GFR < 30 ml/min/1,73 m ²)	2,5
Leberinsuffizienz (INR > 1,5)	2,5
Alter > 85 Jahre	3,5
Thrombozytopenie < 50.000/l	4
Blutungsanamnese (≤ 3 Monate)	4
Aktives GI-Ulkus	4,5
Hohes Blutungsrisiko	Summe >7

Vitamin K-Antagonisten (VKA) werden zur primären VTE-Prophylaxe nicht empfohlen.

- Physikalische Maßnahmen in Form von
 - *intermittierender pneumatischer Kompression (IPK, bevorzugt)* oder
 - *medizinischen Thrombose-Prophylaxe-Strümpfen (MTPS, nachrangig)*
 bei Patienten mit **mittlerem oder hohem VTE-Risiko, aber Kontraindikationen** zur medikamentösen Prophylaxe (z. B. Blutung) oder **ergänzend** zur medikamentösen Prophylaxe. *Cava-Schirm-Filter* werden zur primären VTE-Prophylaxe nicht empfohlen.

Beginn und Dauer der medikamentösen VTE-Prophylaxe im stationären Bereich

- **Beginn** der medikamentösen VTE-Prophylaxe **so zeitnah wie möglich** zur risikoverursachenden Situation.
- **Postoperativer Beginn** der „perioperativen“ VTE-Prophylaxe bei elektiven Eingriffen.
- **Poststationäre Fortführung** der medikamentösen VTE-Prophylaxe.

Die durchschnittlichen stationären Liegezeiten betragen im chirurgischen und konservativen Bereich heutzutage weniger als 5 Tage! Vor bzw. bei Entlassung aus dem Krankenhaus wird daher eine erneute Evaluation auf ein fortbestehend erhöhtes VTE-Risiko empfohlen und gegebenenfalls die Fortführung der medikamentösen VTE-Prophylaxe.

Bei geplanter Fortführung einer medikamentösen VTE-Prophylaxe und Zuständigkeitswechsel soll eine Übergabe an die Weiterbehandelnden erfolgen. Den Betroffenen soll man zudem schriftliche Unterlagen für den nachfolgenden Bereich mitgeben, aus denen sich Indikation, Art und Dosierung der antithrombotischen Therapie sowie gegebenenfalls letzte spezifische Laborwerte entnehmen lassen. Auch soll der Patient angehalten werden, sich bei den Weiterbetreuenden zeitnah vorzustellen, um eine lückenlose VTE-Prophylaxe zu gewährleisten.

Im ambulanten Versorgungsbereich sollen im Weiteren die Indikation und die Dauer einer Fortführung der im Krankenhaus begonnenen medikamentösen VTE-Prophylaxe unter Berücksichtigung der individuellen Risikosituation geprüft werden.

Primäre -Prophylaxe im ambulanten Bereich

Bei Patienten mit akuter Erkrankung im ambulanten Bereich und erhöhtem VTE-Risiko sollte nach adäquater VTE-Risikostratifizierung unter Berücksichtigung des Blutungsrisikos eine VTE-Prophylaxe erfolgen, z. B.

- bei Tumorpatienten mit Tumorthherapie eine medikamentöse Prophylaxe bei Khorana-Score ≥ 2 (ggf. auch erst bei > 2) oder EHR-CAT-Score > 2 .
- nach Schlaganfall eine medikamentöse oder physikalische Prophylaxe, letztere mit IPK, nicht aber mit MTPS.
- bei Immobilisation im Unterschenkelbereich und TriP (cast)-Score ≥ 7 eine medikamentöse Prophylaxe.

Das Wichtigste auf einen Blick

- regelhafte Evaluation von VTE- und Blutungsrisiken („Risk Assessment Methods“)
- postoperativer Beginn der medikamentösen VTE-Prophylaxe bei elektiven Eingriffen
- Indikation zur poststationären Fortführung einer medikamentösen VTE-Prophylaxe prüfen
- lückenlose VTE-Prophylaxe bei Wechsel des Versorgungsbereiches gewährleisten
- primäre VTE-Prophylaxe im ambulanten Versorgungsbereich bei erhöhtem VTE-Risiko (z. B. Tumorpatienten)

Internistische Keyfacts von Leitlinien

- aus allen internistischen Fachbereichen
- das Wichtigste auf einen Blick
- von der Kommission Leitlinien der DGIM

Jetzt informieren:
DGIM-eAkademie.de

NEU



DGIM eAkademie

Die vollständige Leitlinie ist im AWMF-Leitlinien-Register unter der Nummer 003-001 zu finden.

Kommission Geschlechtersensible Medizin

Wichtiges Thema – doch selten systematisch umgesetzt

Geschlechterunterschiede beeinflussen Prävention, Diagnostik und Therapie zahlreicher internistischer Erkrankungen. Wie eine Umfrage unter DGIM-Mitgliedern aus dem Jahr 2025 zeigt, bestehen bei der Umsetzung geschlechtersensibler Innerer Medizin jedoch noch deutliche Lücken – in Studium, Weiterbildung und Fortbildung, aber auch in Forschung und klinischer Routine. Darauf wurde auch beim Symposium der 2025 neu gegründeten DGIM-Kommission Geschlechtersensible Medizin hingewiesen.

Biologische Faktoren („Sex“) und soziokulturelle Determinanten („Gender“) haben nachweislich Einfluss auf Krankheitsverläufe, Diagnostik und Therapie vieler internistischer Erkrankungen. Ziel geschlechtersensibler Medizin ist es, solche Unterschiede systematisch zu erfassen und evidenzbasiert als Baustein einer qualitativ hochwertigen und gerechten Versorgung in Versorgungskonzepten zu integrieren. Diesem Ziel widmet sich seit dem Jahr 2025 eine eigens gegründete Kommission innerhalb der DGIM unter Vorsitz von Professorin Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger und Dr. med. Anahita Fathi.

Als erste Maßnahme führte die Kommission im Sommer 2025 (31.07. bis 25.08.2025) eine webbasierte Mitgliederbefragung durch. Ziel war es, den Status quo geschlechtersensibler Medizin in Forschung, Lehre und klinischer Praxis zu erfassen sowie bestehende Fortbildungsbedarfe zu identifizieren. Angeschrieben wurden 24.638 DGIM-Mitglieder mit hinterlegter E-Mail-Adresse. Die Teilnahme war freiwillig und anonym, die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Von 1463 Website-Besuchern nahmen 1134 Personen teil; 896 schlossen den Fragebogen vollständig ab (Teilnahmequote: 78 %, Komplettierungsrate: 79 %). Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden waren Frauen (54 %), 44 % Männer; 23 Personen gaben ein diverses Geschlecht an oder machten keine Angabe. Die Befragten repräsentierten unterschiedliche berufliche Positionen in Klinik und Praxis.

Klinikalltag: hohe Zustimmung, aber große Hürden bei der Umsetzung

In der klinischen Versorgung messen die Befragten geschlechterspezifischen Unterschieden eine hohe Bedeutung bei. Über 80 % bewerteten das Verständnis von Geschlechterunterschieden als wichtig oder sehr wichtig für diagnostische und therapeutische Entscheidungen. Gleichzeitig gaben rund 70 % an, dass die Um-