

15 Jahre NVK Psoriasis – das Original



Für die Teilnehmer der 15. NVKP gab es vor Ort in Hamburg einen Grund zum Anstoßen – online prostete man virtuell zu.

© Merle Twesten

Und wieder ist ein Jahr seit der letzten Nationalen Versorgungskonferenz Psoriasis (NVKP) vergangen. Dieses Mal aber ein ganz besonderes, denn die NVKP feierte 2025 ihr 15-jähriges Jubiläum! Seit 15 Jahren widmen sich engagierte Dermatologen – allen voran Dr. Ralph von Kiedrowski und Prof. Matthias Augustin –, Selbsthilfeorganisationen wie der Deutsche Psoriasis Bund (DPB) sowie unterstützende Fördervereine der Versorgung von Psoriasis in Deutschland. Was man sich nach eineinhalb Dekaden für die nächsten fünf Jahre vorgenommen hat und welche Zielwerte bis 2030 geplant sind, können Sie in diesem Bericht lesen.

Im Holiday Inn in der Hamburger Hafencity begrüßten von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe aus Selters und Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD) und Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), am 21. November 2025 die Teilnehmer der 15. NVKP. Im Rückblick auf die Arbeitsaufträge 2024 bis 2025 machte Augustin deutlich, welche Punkte man bereits erfolgreich abschließen konnte, darunter die Wiederaufnahme von Aktivitäten mit parlamentarischen Treffen in Berlin, die Entwicklung des Aufbaumoduls „Tuberkulose-Diagnostik“ als Kooperation der S3-Leitlinie und PsoBest, die Entwicklung der digitalen Psoriasisanamnese DocuDerm und die Weiterentwicklung der Versorgungsverträge nach §140, um nur einige Beispiele zu nennen.

Faktenlage und Datenbasis

Eine wichtige Neuerung ist außerdem die Schemaänderung der Leitlinie (LL) Psoriasis: Seit dem 23. Juli 2025 werden Biologika und Nicht-Biologika gleichrangig eingeordnet. Es gilt: Systemtherapie wird dort verortet, wo topische Therapie nicht mehr

wirksam ist oder keine Erfolgsaussicht hat, regelhaft bei mittelschwerer bis schwerer Erkrankung, und Biologika werden als First-line-Option diskutiert, wenn Nicht-Biologika unwirksam, nicht geeignet oder kontraindiziert sind. Zudem äußerte von Kiedrowski den Wunsch, die Therapieziele mit Nachdruck in die Checkliste aufzunehmen. Statt grober Schwellen (wie bisher beispielsweise PASI/DLQI > 10), soll ein konkreter Zielwert angegeben werden, da diese Werte im Nachgang auch interessant für Kostenträger sein könnten und eine präzise Dokumentation wichtig sei.

Die Leitlinienänderung schärft damit nicht nur die medizinische Einordnung, sondern verschiebt auch die operativen Anforderungen in den Praxen: Wenn Systemtherapie klarer (und teils früher) ins Zentrum rückt und Therapieziele konkret beziffert werden sollen, braucht es Abläufe, die diese Entscheidungen vorbereiten, absichern und sauber dokumentieren. Der Teufel steckt im Detail – und genau dort entscheidet sich, ob Leitlinien im Alltag ankommen. Vor diesem Hintergrund schlug Augustin sehr konkret vor, wie dermatologische Praxen zukünftig entlastet werden könnten: Patienten sollen stärker strukturiert gesteuert werden – etwa indem sie vor dem Ersttermin zu Hause eine elektronische Patientenakte ausfüllen,

die in der Praxis für Triage, Priorisierung und vollständige Datensicht bereits vorliegt und zusätzlich für Registerdokumentation nutzbar ist. Als weiterer Baustein wurde ein digitales Entzündungsboard skizziert, also ein strukturierter Expertensupport als Zweitmeinungsverfahren: Patientendaten werden digital eingereicht, von einem Expertencenter geprüft und als Kurzbericht an die überweisende Praxis zurückgespielt, was die Verordnung in der Praxis durch eine fachliche Absicherung erleichtern soll. Ergänzend wurde das Thema „Best Practice“ in der Arzneimittelverordnung aufgegriffen – mit dem klaren Hinweis, dass rationale Verordnung und medizinische Notwendigkeit im Alltag immer wieder an Regularien, Listen, Ausschlüssen und KV-Prüfrealitäten anecken.

Auch zum Versorgungsmonitoring der letzten Jahre fasste der Hamburger Dermatologe die wichtigsten Zahlen zusammen. Bis November 2025 wurden rund 118.000 Patienten mit Psoriasis (inkl. Psoriasis-Arthritis (PsA)) mit Biologika behandelt, während es Ende 2024 etwa 122.000 Patienten mit nicht-biologischen Systemtherapien (inkl. MTX) waren – mit leichter Rückläufigkeit. Gleichzeitig betont wurden Unterschiede zwischen KV-Regionen: Der Biologika-Einsatz variiert stark, und diese Variabilität wird als versorgungspolitisch relevantes Problem markiert (mit der Zielrichtung, den Faktor regionaler Unterschiede bis 2030 deutlich zu reduzieren).

Unterm Strich ist die Fehlversorgung zwar rückläufig, aber immer noch zu hoch. Laut Augustin nutzen nur etwa 40 % der Dermatologen das volle Spektrum der Versorgungsmöglichkeiten. Ein Problem dafür sieht Dr. Johannes Hockmann, Dermatologe aus dem Münsterland, in den sehr bürokratie-lastigen Abläufen in der Versorgung: „Die Psoriasisversorgung muss für Dermatologen wieder attraktiv gemacht werden.“

Den Stand der Selektivverträge stellte von Kiedrowski vor. DermaOne markiert diesen Anspruch besonders deutlich: Der Vertrag kombiniert strukturierte Patientenführung mit einer Vergütung in einer Größenordnung von bis zu 296 Euro pro Fall beziehungsweise Modul (je nach vertraglicher Ausgestaltung). Auch DermAktiv folgt diesem Prinzip und bewegt sich mit bis zu 290 Euro in einem vergleichbaren Rahmen. Entscheidend ist weniger der exakte Eurobetrag als die Botschaft dahinter: Wer Psoriasis-Versorgung gut machen soll – leitliniengerecht, dokumentiert, mit Blick auf Komorbiditäten und Langzeitsteuerung – braucht dafür ein System, das diese Arbeit ermöglicht und abbildet. Gute Versorgung gibt es nicht zum Nulltarif. Wie groß das Potenzial dieser Versorgungsform ist, zeigt der Blick auf die Reichweite: Bereits 5,05 Millionen Versicherte sind in entsprechende §140a-Strukturen eingebunden. Gleichzeitig steht dem eine Größenordnung von 32,46 Millionen Versicherten gegenüber, also mehr als die Hälfte der GKV-Versicherten, die perspektivisch über solche Verträge erreichbar wäre. Von Kiedrowski betonte: Selektivverträge sollen nicht Nischeninstrument bleiben, sondern ein Weg, um Versorgung verlässlicher zu organisieren – für Patienten durch klarere Pfade, für Praxen durch weniger Reibung im Alltag und für das System durch bessere Steuerbarkeit und Nachvollziehbarkeit.

Diskutierte Zielwerte

Auf Grundlage dieser Faktenbasis folgte der Kernauftrag der Konferenz: die Definition von Endpunkten für die Versorgungsziele 2025–2030. Zur Erinnerung hier noch mal die Ziele bis 2030:

- **Patienten mit Psoriasis haben eine gute Lebensqualität.**
- **Psoriasis-Arthritis wird frühzeitig erkannt und behandelt.**
- **Komorbidität bei Patienten mit Psoriasis wird frühzeitig erkannt und behandelt.**
- **Kinder mit Psoriasis werden frühzeitig behandelt und erlangen eine gute Lebensqualität.**

Folgende Leitindikatoren und deren Zielwerte wurden dafür in Abstimmung gemeinsam mit den 73 Teilnehmern (vor Ort sowie online) herangezogen:

- **Lebensqualität: DLQI und PASI sollen unter 5 liegen.**
- **Psoriasis-Arthritis: Maximal 15 % sollen unerkannt bleiben. Ein Wert von 0 % ist natürlich wünschenswert, aber nicht realistisch aufgrund des zu hohen Screeningaufwands. Jedoch soll wenigstens einmal pro Jahr ein Anamnesebogen auf Symptomatik ausgefüllt werden.**
- **Komorbidität: Kein Zielwert festgelegt. Der Screeningaufwand soll allerdings kurz und knapp gehalten werden. Dermatologen sollen sich als behandelnde Instanz nicht um alles kümmern, sollten sich aber der Dokumentation verantworten. Die psychosomatische Grundversorgung soll in der niedergelassenen Praxis verankert werden.**
- **Kinder: kein Zielwert festgelegt, da die Datengrundlage unzureichend ist.**

Darüber hinaus möchte man erreichen, dass 80 % der Patienten bis 2030 eine leitliniengerechte Versorgung erhalten. Für entsprechende regulatorische Maßnahmen fehlt zurzeit leider noch eine belastbare Datenbasis. Ein Ansatz, um Daten zu generieren, brachte von Kiedrowski ein. Er schlug vor, eine standardisierte, regelmäßige Abfrage auf Regresse, kritische Prüfungen etc. über die 17 Prüfeinrichtungen durchzuführen. Umgekehrt will man auf dermatologischer Seite den Prüfeinrichtungen transparent zurückspiegeln, wie der Standard der Versorgung ist, um einen verlässlichen Informationsfluss zu etablieren.

Ein letztes Ziel betraf die regionalen Disparitäten. Auch hier konnte man sich noch nicht auf einen konkreten Zielwert einigen. Die Prüfeinrichtungen sind dabei der Flaschenhals eines eskalierenden Regress-Systems: Krankenkassen reichen inzwischen massenhaft Einzelanträge ein – häufig als Verfahren wegen „sonstiger Schäden“ – und die Prüfeinrichtungen bearbeiten diese Anträge dann in großer Zahl, oft auf einer aus Verbandssicht dünnen Datenbasis, so von Kiedrowski. Für die dermatologische Versorgung bedeutet das: Ressourcen wandern aus der Patientenversorgung in Prüfprozesse und die strukturelle Botschaft an Praxen ist fatal – wirtschaftliches Risiko entsteht nicht primär durch falsche Medizin (in der Realität gibt es kaum Regresse gegen Biologika), sondern durch ein Prüf- und Antragsregime, das immer leichter angestoßen werden kann. Wichtig war dem Dermatologen aus Selters an dieser Stelle die korrekte Nomenklatur zu betonen, denn nicht jeder Prüfstein ist gleich ein Stolperstein. Die Einleitung eines Prüfverfahrens bedeutet nicht gleich Regress.



Ohne sie wären Veranstaltungen wie die Nationalen Versorgungskonferenzen nicht möglich: die Förderunternehmen des Hautnetz Deutschland, vorgestellt von Dr. Ralph von Kiedrowski.

© Merle Twesten

Führt man sich die Patienten- und Versorgerzahlen vor Augen, erscheinen die Ziele wie eine Mammutaufgabe: zwei Millionen Hautkranken beziehungsweise 20 Millionen Behandlungen jährlich stehen rund 5.000 Niedergelassene gegenüber. Doch genau um das zu bewältigen, kommt man regelmäßig auf den NVKs zusammen, schaut sich den State of the Art an, diskutiert, konsentiert und plant. Und die Zahlen der Vergangenheit zeigen ganz klar, wie viel die Versorgung an Qualität gewonnen hat.

Pläne für die kommenden Monate und Jahre

Die S2k-LL „Digitaler Dermatologe“ soll bis Ende 2026 fertiggestellt werden, auch für 2026 ist die Finalisierung der S3-LL PsA mit den Rheumatologen geplant. Die Publikation der S2k-LL zur Psoriasis bei Kindern muss hingegen vorerst verschoben werden, weil dafür aktuell eine tragfähige Evidenzbasis fehlt; die bisherige LL wurde in Bezug auf die Gültigkeit verlängert. Weiter vorangekommen ist jedoch die LL zur generalisierten pustulösen Psoriasis: Sie ist abgeschlossen und bereits beim Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zur Veröffentlichung eingereicht. Inhaltlich sind zudem zwei Weiterentwicklungen angestoßen: Zum einen soll der topische Behandlungspfad weiter ausgebaut werden, wofür Prof. Michael Sticherling, Klinikdirektor am Uniklinikum Erlangen, die Federführung übernimmt; zum anderen werden die Therapieziele von Prof. Ulrich Mrowietz, Leiter des Psoriasis-Zentrums der Klinik für Dermatologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), im Rahmen der Tagung der europäischen Konsensusgruppe überarbeitet. Während an manchen Stellen also noch Daten auf sich warten lassen, sind andere Leitlinien bereits auf der Zielgeraden.

Mit einem weiteren Vortrag zu Wort meldete sich auf der NVKP auch Marius Grosser, Geschäftsführer des DPB, und stellte den neuen Vorstand des DPB vor, bestehend aus Dr. Thomas Rosenbach, Vorsitzender, Helene Ball, stellv. Vorsitzende, und den Beisitzern Torsten Dibbert, Hildegard Kettler und Thomas Mielke. Weiterhin konnte er über die finalisierte S3-LL Psoriasis für Patienten informieren, die nun online abrufbar ist.

Am Ende der Veranstaltung gab es für die Sprecher die große Überraschung zum Jubiläum. Die Referentin des Vorstands vom Hautnetz Deutschland, Caroline Paulsen, bedankte sich ausdrücklich bei von Kiedrowski und Augustin und allen an der Versorgung beteiligten Akteuren für die vergangenen 15 Jahre.

MERLE TWESTEN



Hier finden Sie weitere Infos zur Patientenleitlinie



Prof. Matthias Augustin (l.) und Dr. Ralph von Kiedrowski (r.) freuen sich gemeinsam mit Caroline Paulsen über 15 Jahre NVKP!

© Merle Twesten