

NVK Haut 2025: Versorgungsziele auf Kurs

Zwischen Leitlinie und Alltag liegen manchmal Welten – unter anderem darum ging es am 21. November 2025 auf der 3. Nationalen Versorgungskonferenz Haut (NVK Haut) im Holiday Inn in der Hamburger Hafencity. Was hat sich in der dermatologischen Versorgung bewegt, wo hakt es noch, und welche Ziele sind jetzt mehr als nur Papier? Dazu kommen überraschende Zahlen, klare Impulse aus den Sektionen und ein internationaler Rückenwind, der Versorgungspolitik plötzlich ganz neu auflädt. Wer wissen will, was sich hinter dem Gesundheitspoker verbirgt, sollte weiterlesen.



Auf der NVK Haut – direkt im Anschluss an die NVKP – hieß es für die Teilnehmer keine Müdigkeit vortäuschen.

© Merle Twesten

Auf dem Spielfeld der Teilnehmer und Akteure gab es keine großen Änderungen: Dr. Ralph von Kiedrowski, niedergelassener Dermatologe aus Selters und Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD) und Prof. Matthias Augustin, Dermatologe und Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), übernahmen nahtlos das Rednerzepter und führten die 65 Teilnehmer (vor Ort und online) routiniert durch die NVK Haut.

Etwas Neues beginnt oft mit etwas Vergangenem. So auch auf dieser Konferenz in Form einer Rückschau von von Kiedrowski auf die Errungenschaften des Jahres 2024. Dazu gehört allem voran, dass sich bis auf drei Sektionen – Vitiligo, seltene Erkrankungen und digitale Dermatologie – alle anderen bereits in der Phase der Etablierung von Versorgungszielen befinden. Nach gerade einmal zwei Jahren Arbeit des Hautnetz Deutschland e.V. ein großer Schritt. Auch das Strategiekonzept, das wir bereits in der Ausgabe 2.2025 des Hautnetz Magazins aufzeigen konnten (S. 36/37), konnte konkret ausgearbeitet werden. Ganz jung sind die Therapieziele zu atopischer Dermatitis (AD), chronischer Prurigo, Hidradenitis suppurativa/ Acne inversa und Psoriasis, die im Oktober 2025 durch BVDD und DDG ratifiziert wurden. Was bleibt, sind die Implementierung der Leitlinien dieser Indikationen und der Ausbau eines Screening-Tools auf Komorbidität.

Faktenlage und Datenbasis

In seinem Vortrag zur aktuellen Versorgungssituation spannte Augustin den Bogen von der gesundheitspolitischen Großwetterlage hin zur konkreten Versorgungsrealität der Dermatologie in Deutschland. Ausgangspunkt ist für ihn die schlichte Größenordnung: Hautkrankheiten haben einen Behandlungsbedarf bei rund 25% der Bevölkerung – also keine Nische, sondern Versorgung im Hochbetrieb. Gleichzeitig beschreibt er ein Spannungsfeld aus Kapazitätsgrenzen, fehlender Priorisierung, regionalen Disparitäten und einem unzureichenden

Einsatz von Innovationen, obwohl Leitlinien in hoher Qualität vorliegen und Innovationen früh verfügbar sind. Dazu kommt der Blick nach vorn. In den nächsten fünf Jahren seien in der Dermatologie ca. 30 neue Arzneimittel zu erwarten – was die Frage der Steuerbarkeit und Implementierung nochmals verschärft. In diesem Kontext wurde auch deutlich: Das deutsche Gesundheitssystem ist extrem komplex – ein Gesundheitspoker, bei dem viele Akteure mitspielen, die Regeln sich laufend verschieben und am Ende nicht die beste Hand gewinnt, sondern oft die beste Steuerung.

Um diese Systemdiagnose greifbar zu machen, nutzte Augustin die atopische Dermatitis (AD) als Beispiel für Fehlversorgung. Er zeigte Routinedaten der Techniker Krankenkasse mit einer Datenbasis von 13,1 Mio. Versicherten (Analyse 2020) und leitete daraus eine klare Schiefelage ab: sehr hoher Einsatz systemischer Glukokortikosteroide, geringer Einsatz von Innovationen (u.a. Dupilumab) sowie insgesamt ein niedriger Versorgungszugang, der mit < 15% beziffert wurde. Der Preis dieser Praxis wird nicht nur klinisch, sondern auch epidemiologisch sichtbar. Beim Langzeiteinsatz systemischer Steroide bestehen deutlich erhöhte Risiken, unter anderem Osteoporose 6,6-fach, Diabetes mellitus 3,3-fach und Depression 1,9-fach. Die Daten zu steroidassoziierten Nebenwirkungen unterstreichen damit, dass das Problem nicht das Fehlen von Therapieoptionen ist, sondern der Weg der Versorgung, der zu oft eine Abkürzung nimmt – und Abkürzungen sind nicht immer der Königsweg.

Diese Fehlversorgung passiert jedoch weit überwiegend nicht durch Dermatologen, sondern durch andere Facharztgruppen. Aus diesem Grund spricht sich der Klinikdirektor auch ausdrücklich gegen ein hausärztlich geführtes Primärarztssystem aus. Studien dazu haben bereits gezeigt, dass die Einführung dieses Systems zu einer sinkenden dermatologischen Versorgungsqualität mit erhöhten Patientenrisiken bis hin zur Mortalität beim Melanom führen würde. Gut gemeint ist eben nicht automatisch gut gemacht.

