# Drei Konferenzen, eine Versorgungsagenda: Die NVK Trialog in Hamburg bündelte Psoriasis, atopische Dermatitis und NVK Haut




© Merle Twesten

**Eine Dermatologie mit hoher fachlicher Expertise, aber regional ungleichen Zugangswegen, knappen Kapazitäten und Versorgungspfaden, die für Patienten oft zu spät oder zu kompliziert greifen: Diese Ausgangslage prägte die NVK Trialog des Hautnetz Deutschland e. V. am 16. Oktober 2026 in Hamburg.**
**In dem gemeinsamen Format kamen die 16. Nationale Versorgungskonferenz Psoriasis, die 3. NVK Atopische Dermatitis und die 4. NVK Haut zusammen. Es ging nicht darum, drei Einzelveranstaltungen möglichst effizient hintereinander abzuwickeln. Der Trialog zielte vielmehr auf die Fragen, die sich durch nahezu alle Indikationen ziehen: Wie werden Versorgungsziele im klinischen und ambulanten Alltag wirksam? Und wie lässt sich der Spagat in der Zusammenarbeit zwischen Praxis, Klinik, Patientenorganisationen und Gesundheitspolitik bewältigen?**

Der Vormittag machte deutlich: Die Konzepte liegen zunehmend auf dem Tisch. Nun muss aus Zielen, Leitlinien und Checklisten eine Versorgung entstehen, die im Alltag verlässlich trägt. Das ist leichter gesagt als getan. Aber die dermatologische Versorgung bringt dafür vergleichsweise gute Voraussetzungen mit: gewachsene Netzwerke, wissenschaftlich fundierte Leitlinien – längst keine Selbstverständlichkeit –, eine aktive niedergelassene Dermatologie und spezialisierte Zentren. Diese Bausteine müssen jetzt konsequent zusammengebracht werden.

## Von der Versorgungslage zu konkreten Zielen

Prof. Matthias Augustin, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ordnete für alle zusammenfassend die aktuelle Versorgungssituation ein. Rund ein Viertel der Bevölkerung habe einen dermatologischen Behandlungsbedarf. Dem stehe eine hohe fachliche Kompetenz gegenüber, zugleich aber sinkende Kapazitäten und erhebliche regionale Unterschiede im Zugang zur Versorgung. Für die Praxis ist das keine abstrakte Systemdebatte: Verzögerte Diagnosen, Fehlsteuerungen im Patientenpfad und sektorenbezogene Brüche können gerade bei chronischen, entzündlichen und komplexen Dermatosen den Verlauf nachhaltig beeinflussen.
Augustin formulierte die Perspektive bewusst realistisch: „Ich bin ja Optimist, aber nicht sofort, sondern längerfristig." Das ist keine Ausflucht, sondern beschreibt die zeitliche Dimension der Versorgungspolitik. Leitlinien werden nicht durch ihre Veröffentlichung wirksam. Versorgungspfade verändern sich nicht allein durch einen Beschluss. Es braucht konkrete Rahmenbedingungen und eine Umsetzung, die für Praxen und Kliniken handhabbar bleibt. Zugleich, so Augustin, bleibe der Bedarf an dermatologischer Expertise langfristig hoch – insbesondere bei schwer kranken Patienten.
Daher setzt das Hautnetz Deutschland nicht bei einer einzelnen Erkrankung an, sondern bei übergeordneten Versorgungsfragen. Digitale Navigation und eine bedarfsgerechte Patientensteuerung wurden als mögliche Instrumente diskutiert. Die Theorie ist dabei denkbar simpel: Patienten mit schweren oder komplexen Erkrankungen müssen ohne unnötige Umwege den Zugang zu einer qualifizierten dermatologischen Versorgung erhalten. Für leichtere oder gut steuerbare Verläufe können digitale Angebote und strukturierte Versorgungswege die



**Was bisher geschah: Dr. Ralph von Kiedrowski fasste die Tätigkeiten des Hautnetz Deutschland im vergangenen Jahr zusammen. Neben den zahlreichen Versorgungskonferenzen fand im 1. Quartal 2026 auch ein wichtiger Workshop zur Netzbildung statt.** © Merle Twesten

Versorgung ergänzen. Vorsicht ist aber insofern geboten, als dass eine digitale Steuerung den Zugang erleichtern, nicht ihn durch zusätzliche Triage-Schleifen verlängern soll.

Dr. Ralph von Kiedrowski, Dermatologe aus Selters und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD), beschrieb die Funktion des Dachverbands entsprechend klar: „Das Hautnetz Deutschland ist die nationale Ebene, um letztlich Versorgung zu deklinieren." Gemeint ist damit, aus allgemeinen gesundheitspolitischen Zielsetzungen fachlich belastbare und indikationsübergreifend anschlussfähige Maßnahmen abzuleiten. Die Versorgungskonferenzen bilden hierfür die Arbeitsplattform.

Seit der 3. NVK Haut 2025 sind die ersten vier indikationsbezogenen Versorgungsziele erarbeitet und durch die Präsidien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD) ratifiziert worden. Insgesamt sollen acht bis neun solcher Zielsysteme entstehen. Das mag auf den ersten Blick nach viel Gremienarbeit klingen. Tatsächlich liegt darin aber ein wichtiger Schritt, denn Versorgung wird damit nicht nur beschrieben, sondern anhand definierter Endpunkte überprüfbar gemacht.

## 16. NVK Psoriasis

Für die Psoriasis steht das Zielsystem bis 2030 vergleichsweise klar und orientiert sich auch an früheren Zielen. Im Mittelpunkt stehen eine gute Lebensqualität, die frühzeitige Erkennung der Psoriasis-Arthritis (PsA), die systematische Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbiditäten sowie eine leitliniengerechte Versorgung unabhängig vom Wohnort. Dass diese Ziele keineswegs selbstverständlich sind, zeigt der Blick in die Routineversorgung. Nicht erkannte Gelenkbeteiligungen, unzureichende Komorbiditätsscreenings und regionale Unterschiede in der Therapiequalität gehören weiterhin zu den wiederkehrenden Problemen.

Ein konkreter Zielwert betrifft die PsA: Der Anteil nicht erkannter Erkrankungen soll höchstens 15 % betragen. Das verweist auf einen zentralen Punkt der Versorgung. So geht es nicht nur darum, bei gesicherter Diagnose die wirksamste Therapie auszuwählen. Ebenso wichtig ist es, die Patienten zu identifizieren, bei denen Gelenksymptome, Achsensymptome oder enthesitische Beschwerden zunächst nicht als Teil des psoriatischen Krankheitsspektrums erfasst werden. Strukturierte Screeninginstrumente und klare Überweisungswege können im Alltag mehr bewirken als ein weiterer allgemeiner Appell zur Aufmerksamkeit.

Augustin verwies in diesem Zuge auf die Implementierung der S3-Leitlinie zur Psoriasis und der Arthritis-Leitlinie, auf aktualisierte Instrumente zum Komorbiditätsscreening und auf die Weiterentwicklung von Therapiezielen. Die Herausforderung besteht nun darin, diese Instrumente in die Versorgung zu überführen, ohne zusätzliche Bürokratie zu schaffen. Hier soll eine vom BVDD vorbereitete digitale Plattform ansetzen. Vorgesehen sind Dokumentationshilfen, die ab Anfang 2027 zur Verfügung stehen sollen. Wenn die Plattform niedrigschwellig in bestehende Praxisabläufe integrierbar ist, könnte sie eine Lücke schließen: zwischen wissenschaftlicher Empfehlung, Dokumentationspflicht und der konkreten Entscheidung am Behandlungsplatz.

Eine offene Frage bleibt die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis. Für diese Gruppe fehlen nach wie vor ausreichende Datengrundlagen, um Zielwerte und Versorgungswege ebenso belastbar abzubilden wie im Erwachsenenbereich. Das ist ein typisches Beispiel dafür, dass Nationale Versorgungsziele nicht bei der Formulierung enden dürfen. Wo Daten fehlen, müssen zunächst Datengrundlagen aufgebaut werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass gerade kleinere oder besonders vulnerable Patientengruppen im Zielsystem unterrepräsentiert bleiben.

Auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wurden nicht ausgespart. Von Kiedrowski warnte vor zunehmenden Regressprüfungen und den möglichen Folgen für die Verordnungsrealität. Wenn wirtschaftlicher Druck zu defensiver Verordnung führt, geraten evidenzbasierte Therapiestrategien schnell unter Druck. Zwischen dem Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung und dem Alltag der Arzneimittelprüfung darf kein unauflösbarer Widerspruch entstehen. Hier liegt noch einiges auf dem Tisch.

## 3. NVK Atopische Dermatitis

Die 3. NVK Atopische Dermatitis rückte die Ergebnisqualität aus Sicht der Patienten in den Vordergrund. Ein zentrales Ziel lautet, dass 60 % der Patienten einen Dermatology Life Quality Index (DLQI) von unter 5 erreichen sollen. Bei einer Erkrankung, deren Belastung sich oft weit über die sichtbare Hautmanifestation hinaus auf Schlaf, Beruf, Familie und psychische Gesundheit auswirkt, ist das folgerichtig.

Ergänzend wurden Zielwerte für den Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) und die Physician Global Assessment (PGA) diskutiert. Inhaltlich ist man sich einig: Klinische Aktivität und patientenberichtete Belastung sollen gemeinsam abgebildet werden. Das ist wichtig, weil sich objektive Entzündungsparameter und subjektive Krankheitslast nicht immer deckungsgleich entwickeln. Eine fast abgeheilte Haut kann bei persistierendem Juckreiz oder Schlafmangel weiterhin zu einer erheblichen Einschränkung führen. Umgekehrt ist ein guter DLQI kein Grund, eine relevante inflammatorische Aktivität zu übersehen.



**Nahezu alle Plätze im Saal wurden durch die 22 Teilnehmer besetzt; zusätzlich war auch der virtuelle Konferenzraum mit 33 Teilnehmern sehr gut gefüllt.** © Merle Twesten





**Nicht nur vor Ort gab es vielseitige Berichte aus den Sektionen zu den vergangenen Nationalen Versorgungskonferenzen von Prof. Petra Staubach-Renz (links) zu chronischer Urtikaria und Prof. Julia Welzel (rechts) zu Digitale Dermatologie ... ... auch online gab es einige interessante Vorträge, wie der von Prof. Dirk Schadendorf zur NVK Hautkrebs.** © Merle Twesten

Besonders deutlich wurde der Nachholbedarf bei der Patientenschulung. Mindestens 50 % der Patienten sollen eine entsprechende Schulung erhalten; derzeit liegt der Anteil lediglich bei 12,5 %. Das ist eine beträchtliche Lücke. Schulungen sollen kein schmückendes Beiwerk der Versorgung sein, sondern Adhärenz und einen angemessenen Umgang mit Triggern und antientzündlichen Behandlungsphasen stärken. Zusammen mit der Gesundheitsakademie Hessen sollen deshalb digitale Selbststudienangebote entwickelt werden. Für Patienten, die aus verschiedensten Gründen keine Präsenzschulung wahrnehmen können, kann das eine praktische Ergänzung sein. Auch wenn sie gleichzeitig natürlich keinen persönlichen Austausch ersetzt.

Die Diskussion benannte zudem ein Problem, das in der Versorgung weiterhin sichtbar ist: Patienten mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis erhalten nicht durchgehend eine leitliniengerechte Behandlung. Häufige oder wiederholte systemische Steroidtherapien wurden als möglicher Marker für Versorgungsschäden angesprochen. Die Problematik ist bekannt, aber damit nicht erledigt. Besonders der niedergelassene Bereich hat mit Therapieentscheidungen unter Zeitdruck und unvollständigen Vorinformationen zu kämpfen. Umso wichtiger ist eine verlässliche Rückkopplung zwischen Praxis und Zentrum.

## Regionale Netze und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Neben den indikationsbezogenen Themen bildete die Weiterentwicklung der Hautnetze einen roten Faden des Trialogs. Drei neue regionale Hautnetze sind in Gründung; außerdem arbeitet man an der Nachwuchsförderung, Netzstrukturen sowie der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis. Ein online bereitgestellter Fragebogen soll sichtbar machen, welche regionalen Angebote und Versorgungskapazitäten bereits bestehen. Das liest sich zunächst nach Bestandsaufnahme, verfolgt aber ein klares Ziel: Wer nicht weiß, welche Strukturen vorhanden sind, kann Lücken weder sinnvoll benennen noch schließen.

Besonders relevant ist die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Dermatologie. Von Kiedrowski verwies auf eine Arbeitsgruppe, die sich mit einem Überleitungsbogen befasst, „um die Verzahnung dieser beiden Sektoren zu verbessern". Übergabestrukturen wirken unspektakulär, sind aber in der täglichen Versorgung oft der Knackpunkt. Nach einer stationären Eskalationstherapie, nach komplexer Diagnostik oder bei der Einleitung einer Systemtherapie entscheidet die Qualität der Überleitung darüber, ob eine Behandlung im ambulanten Verlauf nahtlos fortgeführt werden kann oder ob Informationslücken entstanden sind.

Gleichzeitig gibt es in der Dermatologie günstige Voraussetzungen. Der BVDD-Präsident betonte: „Ich glaube, dass wir aber in der Dermatologie die wirklich günstige Situation haben, dass der ambulante und stationäre Sektor sehr gut zusammenarbeiten." Diese Zusammenarbeit ist vielerorts gelebte Realität, aber sie ist noch nicht überall in einheitliche Strukturen übersetzt. Der Trialog hat deshalb weniger ein Erkenntnisproblem sichtbar gemacht als eine Umsetzungsaufgabe. Gute regionale Beispiele müssen so aufbereitet werden, dass andere Regionen davon profitieren können, ohne jedes Mal bei null anzufangen.

## Unterschiedliche Indikationen, ähnliche Baustellen

Die Berichte aus den Sektionen zeigten, wie breit das Arbeitsspektrum im Hautnetz Deutschland ist, viele Themen wiederholen sich indikationsbedingt aber auch: frühere Diagnosen, strukturierte Behandlungswege, Daten für die Versorgungsforschung, leitliniengerechte Therapie oder patientennahe Information.

Für die **Hidradenitis suppurativa/Acne inversa (HS/AI)** berichteten Prof. Michael Sticherling, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Uniklinikum Erlangen, und Augustin über die Allianz als Plattform für gemeinsame Projekte. Versorgungsdefizite und uneinheitliche Klinikstrukturen wurden ebenso benannt wie die Notwendigkeit, Leitlinien und Behandlungspfade in die Routine zu bringen. Die beiden Spezialisten betonten außerdem Treat-to-target-Ziele, eine Bestandsaufnahme der Versorgungsstrukturen und eine stärkere Vereinheitlichung von Abläufen. Eine HS/AI-Checkliste ist bereits erarbeitet worden und auch die geringe Verordnung von Biologika wurde thematisiert. Hier stellen sich Fragen nach Zugangsbarrieren und möglicherweise auch nach Unsicherheiten im ambulanten Management.

Für die **chronische Urtikaria** berichtete Prof. Petra Staubach-Renz, Leiterin des Clinical Research Center an der Hautklinik der Universitätsmedizin Mainz, über die bereits festgelegten Versorgungsziele zu Lebensqualität, Symptomfreiheit, der Erkennung und Behandlung verschiedener Subformen sowie zur Vermeidung von Komorbidität und kumulativer Krankheitslast. Ihre Kernbotschaft war prägnant: „Die Erkrankung zu erkennen ist nicht das Problem, aber die frühzeitige Behandlung und dadurch die Verhinderung von Komorbidität oder kumulativer Krankheitslast ist auch hier unser Anspruch." Die neue Leitlinie, eine verabschiedete Checkliste, validierte Scores und die Urtikaria-App bilden dafür ein gutes fachliches Fundament. Dabei darf die Versorgung nicht auf spezialisierte Zentren begrenzt bleiben; Dermatologen und Kinderärzte müssen die Instrumente in der Breite einsetzen können. Das bestehende CURE-Register liefert wichtige Daten, reicht für

die Überprüfung der Versorgungsziele allein aber nicht aus. Auch hier werden ergänzende Datenquellen erforderlich sein.
Bei **Vitiligo** berichtete Prof. Markus Böhm, Leiter der Allgemeinen Dermatologie an der Hautklinik des Universitätsklinikums Münster, über die Aktualisierung einer Checkliste im Zuge einer zugelassenen systemischen Therapie. Darüber hinaus stehen die Dissemination und Implementierung der Leitlinie sowie eine begleitende Studie auf der Agenda. Das Register mit mehreren hundert Patienten ist gut angelaufen; eine Baseline-Auswertung ist für die DDG-Tagung vorgesehen. Böhm unterstrich auch einen Aspekt, der weit über Vitiligo hinausweist: „Die produktunabhängige Information ist etwas ganz Essentielles." Hintergrund ist, dass Patienten und Behandler bei therapeutischen Innovationen und hohem Beratungsbedarf verlässliche, unabhängige Informationsangebote brauchen. Das gilt in der Vitiligo-Versorgung ebenso wie bei jeder chronischen entzündlichen Dermatose.
Auch die **Berufsdermatologie** zeigte, wie eng sozialrechtliche und präventive Fragen miteinander verbunden sind. Prof. Swen Malte John, Direktor des Instituts für Interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation an der Universität Osnabrück, betonte in einer Videobotschaft – live aus dem Zug heraus – die Bedeutung früher Meldungen und frühzeitiger Versorgung. Hinzu kommen internationale Entwicklungen und Folgen des Klimawandels für berufliche Expositionen und Hautgesundheit. Johns Leitgedanke: „Wichtig ist, dass die Lebensqualität der Patienten mit Berufsdermatose gesteigert wird." Prof. Augustin hob anschließend die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) als wichtige Versorgungssäule hervor, und von Kiedrowski verwies auf den direkten Zugang von BG-Patienten zu dermatologischen Praxen und die besondere Abrechnungsgrundlage. Ein angekündigtes Webinar soll Praxen im Umgang mit den Anforderungen unterstützen.
Für **Pruritus und Prurigo** stehen evidenzbasierte Therapie-Checklisten, Indikationen zur Systemtherapie und ein Papier zum Therapiewechsel im Mittelpunkt. Auch wenn diese Arbeitsschritte auf den ersten Blick sehr speziell wirken, adressieren sie einen typischen Engpass im Versorgungsalltag: Wann ist ein Therapiewechsel sinnvoll, wie lässt sich dieser begründen und wie können Entscheidungen nachvollziehbar dokumentiert werden?
Bei **seltenen Erkrankungen der Haut** wurden in Frankfurt im vergangenen September erste Entwürfe für Versorgungsziele erarbeitet. Eine zweite Online-Sitzung soll diese vertiefen. Der Bedarf an klaren Zuweisungswegen, spezialisierten Zentren und belastbaren Netzwerkstrukturen ist gerade bei seltenen Dermatosen besonders groß. Es wurde klargestellt, dass die Versorgung nicht davon abhängen darf, ob ein Patient zufällig am richtigen Ort landet oder einen besonders gut vernetzten Arzt findet.

## Register und Digitalisierung: Daten müssen nutzbar werden

Mehr als 40.000 Patienten sind in dermatologischen Registern erfasst. Durch diese Zahl wird das Potenzial der Registerlandschaft erst richtig deutlich. Registerdaten können die Versorgungsrealität abbilden und somit Unterschiede zwischen Regionen oder Versorgungsebenen aufzeigen. Ihr Wert entsteht allerdings nicht nur durch quantitative Zahlen. Erst die Datenqualität sowie die Fähigkeit, aus diesen Daten konkrete Verbesserungen abzuleiten, machen die Register so wertvoll für die zukünftige Gestaltung der dermatologischen Versorgung.
Für die Versorgungsziele gilt dasselbe. Ein Ziel wie eine bessere Lebensqualität oder eine frühere Erkennung von Komorbiditäten ist richtig, aber erst durch definierte Messgrößen wird es überprüfbar. Dazu müssen sich Daten aus Routineversorgung und Registerforschung und gegebenenfalls Abrechnungsdaten sinnvoll ergänzen. Es wäre zu kurz gesprungen, alle Antworten allein in Registern zu suchen. Sie sind ein wesentliches Instrument, aber nicht die ganze Lösung.
In der Sektion **Digitale Dermatologie** setzt man an mehreren Stellen an: Zugang zur Versorgung, digitale Kompetenz, Datensicherheit und Vergütung gehören zu den benannten Versorgungszielen. Wichtig ist, die Digitalisierung nicht als Selbstzweck zu behandeln. Eine digitale Ersteinschätzung kann sinnvoll sein, wenn sie strukturierte Informationen zur Dringlichkeit erkennt und den passenden Versorgungspfad aufzeigt. Sie ist allerdings problematisch, wenn sie zusätzliche Reibungsverluste produziert oder die ärztliche Beurteilung in komplexen Fällen ersetzt. Der Maßstab muss immer die Versorgungsqualität sein – nicht die Zahl der eingesetzten Anwendungen.

## Was nach dem Trialog zählt

Der NVK-Trialog hat drei Konferenzen unter einem Dach zusammengeführt, ohne die Besonderheiten der einzelnen Indikationen zu verwischen. Psoriasis, atopische Dermatitis und die übergreifende NVK Haut verfolgen unterschiedliche Zielsysteme, aber sie stoßen vielfach auf dieselben strukturellen Hürden. Das betrifft den Zugang zu Expertise, die Qualität von Übergängen zwischen Praxis und Klinik, die Implementierung von Leitlinien, die Nutzung von Registerdaten und die Finanzierung einer modernen Versorgung.
Der wichtigste Ertrag des Formats liegt also nicht in einem einzelnen Beschluss, sondern in einer gemeinsamen Richtung. Bei Psoriasis werden der Ausbau der digitalen Unterstützungsangebote und die Umsetzung der Ziele bis 2030 entscheidend sein. Bei atopischer Dermatitis stehen Patientenschulungen und eine konsequentere leitliniengerechte Versorgung im Vordergrund. Die Sektionen liefern zugleich praxisnahe Werkzeuge, von Checklisten über Leitlinien bis zu Registern und Schulungsformaten.
Schlussendlich wird sich der Erfolg nicht daran messen lassen, wie viele Ziele formuliert oder wie viele Sektionen gegründet wurden. Er wird sich daran zeigen, ob Patienten schneller die richtige Versorgung erreichen. Der Weg dorthin wird nicht leicht. Aber der Trialog hat gezeigt, dass die dermatologische Fachwelt die relevanten Baustellen kennt – und bereit ist, sie anzugehen. Ganz getreu nach Laotse: „Auch eine Reise von tausend Meilen beginnt mit einem einzigen Schritt."

MERLE TWESTEN




**Von links nach rechts: Dr. Ralph von Kiedrowski, Dr. Sandra Philipp, Prof. Julia Welzel und Prof. Matthias Augustin können auf einen gut strukturierten Trialog mit hohem Austausch zurückblicken.** © Merle Twesten