

## Die praktische Frage Wieso der digitale Auftritt bei der Mitarbersuche wichtig wird



Mag. Iris Kraft-Kinz  
MEDplan, 1120 Wien,  
Tel. 01/817 53 50-260

Foto: die Abbilderei

Der Jammer mit den fehlenden Fachkräften endet nicht an den Toren der Kliniken. Auch in den Ordinationen machen sich aus demografischen Gründen die Pensionierungsflut und der fehlende Nachwuchs bemerkbar. Für viele Ordinationen ist das Thema „Finden“ und „Halten“ von geeigneten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zu einem bislang nicht gekannten Problem geworden. In Deutschland suchte laut einer Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in den Jahren 2019 und 2020 jede zweite Praxis nach Personal. Der größte Anteil davon hielt nach Medizinischen Fachangestellten (MFA) Ausschau.

### Auch in den Ordinationen macht sich der fehlende Nachwuchs bemerkbar

Ich kenne keine vergleichbare Studie für Österreich, aber meine Klientengespräche lassen mich vermuten, dass bei uns die Situation nicht anders ist. Wie bringt man sich im Wettbewerb um die verfügbaren Kräfte in eine günstige Situation? Eine interessante Idee ist das Schülerpraktikum: Nach einer kurzen Einarbeitung sollen einfache, aber typische Arbeiten übertragen werden. Das Spektrum reicht von Schnuppertagen über mehrwöchige Feriapraktika bis hin zu regelmäßigen, übers ganze Schuljahr verteilten Praxistagen. Eines sollte dabei klar sein: Die Praktikumsstage sind bezahlt, die arbeitsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Die Zuordnung eines erfahrenen Mentors für die Praktikanten erleichtert die Einarbeitung.

### Das Praktikum sollte bezahlt, die arbeitsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein

Wichtig ist dabei auch das Bild, das die Ordination nach außen hin abgibt: Der digitale Praxis-Auftritt als potenzielle Arbeitsstelle ist mittlerweile für die Rekrutierung bedeutender als für die Patientenwerbung. Denn Zeitung lesen allenfalls noch die Eltern oder Großeltern angehender Auszubildender. Jobportale sind daher wichtige Informationsplattformen. Ebenso wichtig ist eine überzeugende eigene Online-Präsenz – angefangen von einer modernen Homepage bis hin zur regen Aktivität in den sozialen Medien. Ein geschickt bespielter Instagram-Account, der einen Eindruck von der Ordination, dem Arbeitgeber und künftigen Kollegen vermittelt, ist spätestens bei der Suche nach einer Karenzvertretung seine Zeit wert.

# Besonders im Frühjahr und in den Sommerferien droht der Haut Ärger Die dunkle Seite der Sonne

**BERLIN – Die meisten Menschen freuen sich, wenn die Sonne scheint. Doch erwiesenermaßen hat das UV-Licht auch seine Schattenseiten. Eine Dermatologin fasst zusammen, was man über die wichtigsten Lichtdermatosen wissen sollte.**

Die Energie der Sonne kann zahlreiche Krankheiten direkt oder indirekt beeinflussen. Akute Reaktionen auf die UV-Strahlung sind gesteigerte Pigmentierung, Lichtschwielen oder auch die Dermatitis solaris, der typische Sonnenbrand. Die verschiedenen abnormen Reaktionen auf die Strahlung der Sonne werden als Licht- oder Fotodermatosen bezeichnet. Andauernde und kumulativ hohe UV-Dosen führen zur übermäßigen Hautalterung und erhöhen das Risiko für Basaliome, Plattenepithelzellkarzinome und maligne Melanome.

### ! Dermatitis solaris

Der Sonnenbrand lässt sich in der Regel leicht erkennen. Die akute toxische Dermatitis tritt infolge zu hoher UV-Exposition auf, erklärte Dr. Friederike Kauer von der Praxisgemeinschaft Chirurgie Mitte in Berlin. Grund dafür: der zytotoxische Effekt der UVB-Strahlung.

Charakteristisch ist das auf die exponierten Areale begrenzte Erythem, so die Hautärztin mit Schwerpunkt Reise- und Tropendermatologie. Es ähnelt einer Verbrennung, tritt aber zeitverzögert nach drei bis fünf Stunden auf, das Maximum erreicht es nach 12–24 Stunden. Treten subepitheliale Blasen auf, handelt es sich schon um eine stärkere „Verbrennung“, die meist starke Schmerzen verursacht. Die Haut heilt unter Krustenbildung und der typischen groblamellären Abschuppung ab, eventuell kann der Patient Hyperpigmentierungen und Narben zurückbehalten. Erstreckt sich die Dermatitis solaris über große Hautareale, sollte man auch mit systemischen Zeichen, z.B. Fieber oder Exsikkose, rechnen.

Leichte Symptome kann der Patient mit kalten, feuchten Umschlägen und kühlenden Lotionen lindern. Bei stärkerem Sonnenbrand kommt kurzfristig mittelstarkes bis starkes Kortison als Creme oder Lotion ins Spiel. Im Stadium vesiculosum ergänzt man die topische Kortisontherapie durch feuchte Umschläge, die antiseptische Zusätze wie Polihexanid oder Octenidin enthalten. Eine systemische Medikation ist nach Dr. Kauer Erfahrung aber nur selten erforderlich, kann dann mit NSAR sowie einmalig mit 1 g ASS und 400–1000 mg Vitamin C erfolgen. Steroide sollte man, wenn überhaupt, nur kurz geben.

### ! Polymorphe Lichtdermatose

Die polymorphe Lichtdermatose ist die wichtigste und häufigste primäre idiopathische Fotodermatose. In erster Linie tritt sie im Frühjahr nach der ersten Sonnenexposition auf, bei

### Bei Lichturtikaria kann es zum anaphylaktischen Schock kommen

Touristen, die in sonnenreiche Gebiete reisen, auch ganzjährig. Der Patient hat keine Sonnenallergie, betonte die Expertin.

Zu den typischen Zeichen gehören stark juckende oder brennende Papulovesikel, makuläre, urtikarielle, multiforme oder plaqueartige Läsionen. Jeder Patient hat seine eigene Morphe, die jedes Mal wiederkehrt, wenn die Erkrankung ausbricht, beschrieb Dr. Kauer. Differenzialdiagnosen beim papulösen Typ sind das fotoallergische Ekzem, Insektenstiche und Prurigo simplex. Beim Plaque-Typ gilt es, eine Lichturtikaria, ein Erythema multiforme oder einen Lupus erythematoses auszuschließen.

Nach Sonnenkarenz bilden sich die Hautveränderungen spontan und vollständig zurück. Antihistaminika oder kurzzeitig lokale Steroide nehmen den Juckreiz, die Ganzkörperbestrahlung mit UVA, ggf. auch UVB, kann bei schwer betroffenen Patienten den Körper auf die Sonne vorbereiten. Ohnehin stellt sich im Verlauf der sonnenreichen Zeit ein Gewöhnungseffekt ein, so Dr. Kauer.

### ! Lichturtikaria

Vom klinischen Bild her gleicht eine Urticaria solaris durchaus dem Sonnenbrand. Im Unterschied dazu treten bei der Lichturtikaria Erythem und Quaddeln aber schon fünf bis zehn Minuten nach Sonnenexposition auf.

Drei bis fünf Stunden  
nach Exposition bildet  
sich beim Sonnenbrand  
das typische Erythem.

Foto: Marjan\_Apostolovic/  
gettyimages

### Stufe um Stufe zum Schwellenwert

Mit einer Lichttreppe gelingt es, die geringste Strahlendosis zu bestimmen, die zur Auslösung einer Hautrötung führt. Bei Patienten mit Lichturtikaria etwa lässt sich über die Bestrahlung mit unterschiedlichen Wellenlängen (UVA, UVB, UVC und sichtbares Licht) das Aktionsspektrum der schädigenden Strahlung und die sogenannte minimale Urtikariadosis ermitteln, erklärte Dr. Kauer. Auf der Grundlage dieser Werte kann man den Patienten Hinweise geben, vor welcher Strahlung sie sich besonders schützen müssen.

Es handelt sich um eine seltene, hochakut verlaufende IgE-vermittelte Erkrankung, bei der nach Ganzkörperexposition die Gefahr eines anaphylaktischen Schocks besteht, erläuterte die Dermatologin. Ausgelöst wird die Fotodermatose meist durch UVA-Strahlung und den sichtbaren Lichtanteil. Anamnese und klinisches Bild führen zur Diagnose, wobei es die erythropoetische Protoporphyrinurie, urtikarielle fototoxische Reaktionen nach Medikamenteneinnahme, die physikalische Urtikaria oder urtikarielle Variante einer polymorphen Lichtdermatose auszuschließen gilt. Es empfiehlt sich unter Umständen, eine sogenannte Lichttreppe durchzuführen (s. Kasten).

Antihistaminika zeigen auch hoch dosiert oft keinen ausreichenden Effekt, wiederholte Bestrahlungen führen bei der Lichturtikaria nur zur kurzfristigen Gewöhnung. Eine etwas längere Remission erzielt man mit einer Fotochemotherapie mit Psoralen plus UVA. Den größten Erfolg verspricht noch der Anti-IgE-Antikörper Omalizumab, für dessen Einsatz bei der Lichturtikaria aber nur recht wenige Daten vorliegen.

### ! Fotoallergische Dermatitis

Der fotoallergischen Dermatitis geht zwingend eine spezifische immunologische Sensibilisierung voraus. Die sensibilisierende Substanz muss dafür selbst nicht fototoxisch sein. Die allergische Reaktion zeigt sich etwa 24–72 Stunden nach Exposition vor allem in belichteten Körperarealen

und ist oft nicht scharf begrenzt. Es handelt sich um eine verzögerte Typ-IV-Reaktion. Klinisch fallen ekzematöse, juckende Läsionen auf. Als Fotoallergene kommen insbesondere NSAR, Phenothiazine, Retinoide und Antibiotika infrage, aber auch verschiedene Krebs-Medikamente.

### ! Fototoxische Dermatitis

Die fototoxische Dermatitis hat keine immunologische Grundlage. Sie kann akut oder chronisch auftreten, beschrieb die Referentin. Ausgelöst wird sie über direkte toxische Zellschädigung durch interne oder externe Fotosensibilisatoren, z.B. Medikamente oder Pflanzen.

### Die fototoxische Dermatitis tritt i.d.R. kurze Zeit nach der Exposition auf

Die fototoxische Entzündung beobachtet man deutlich häufiger als die fotoallergische Reaktion. Sie ist dosisabhängig in Bezug auf den Sensibilisator und auf die Strahlung und tritt innerhalb weniger Minuten bis Stunden nach Exposition auf, u.a. als Erythem, Urtikaria oder Pseudoporphyrie. Typischerweise bleibt das Erythem scharf auf die belichteten Hautpartien begrenzt, Streueffekte wie bei der fotoallergischen Dermatitis gibt es nicht.

Tobias Stolzenberg

24. Forum Reisen und Gesundheit

