

Basis erfolgreicher Diabetes-Therapie

- bewährte Wirksubstanz
- Urinzucker selbstkontrolle
- Motivation zur besseren Diäteinhaltung

Glukoreduct®

Das Komplettprogramm für eine bessere Diabetikerführung



mehr als ein Medikament

- besonders geeignet zur Ersteinstellung
- günstig im Preis

Zusammensetzung: 1 Tablette Glukoreduct enthält 3,5 mg Glibenclamid, 1 Tablette Glukoreduct mite enthält 1,75 mg Glibenclamid. **Anwendungsgebiet:** Erwachsenen-Diabetes (Typ II-Diabetes), wenn Diät allein nicht ausreicht. **Gegenanzeigen:** Insulinpflichtiger Typ I-Diabetes (juвениler Diabetes), diabetisches Koma, diabetische Stoffwechsellage (z. B. Ketoazidose), schwere Leber-, Nieren- oder Schilddrüsenerkrankungen, Überempfindlichkeit gegen Glibenclamid, Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Übelkeit, Druck- oder Völlegefühl, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut und Veränderungen des blutbildenden Systems sind sehr selten. Bis zur optimalen Einstellung bzw. bei Präparatwechsel sowie durch unregelmäßige Anwendung kann das Reaktionsvermögen soweit verändert werden, daß z. B. die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird.

Wechselwirkungen: Bei gleichzeitiger Einnahme von Glukoreduct oder Glukoreduct mite und bestimmten anderen Medikamenten sowie Alkohol kann es zu Wechselwirkungen kommen (nähere Angaben siehe Gebrauchsinformation). **Dosierung:** Glukoreduct: Bei Behandlungsbeginn in der Regel $\frac{1}{2}$ -1 Tablette täglich, falls erforderlich Steigerung bis zu 3, in Ausnahmefällen 4 Tabletten möglich. Glukoreduct mite: Bei Behandlungsbeginn in der Regel $\frac{1}{2}$ -1 Tablette täglich, falls erforderlich Steigerung bis zu 6 Tabletten möglich. **Packungsgrößen und Preise:** Glukoreduct: 30 Tabletten (N1) + 6 Glukose-Teststreifen DM 9,95, 120 Tabletten (N3) + 24 Glukose-Teststreifen DM 31,40, Glukoreduct mite: 30 Tabletten (N1) + 6 Glukose-Teststreifen DM 5,65, 120 Tabletten (N3) + 24 Glukose-Teststreifen DM 20,10. Stand: April 1986



Midy Arzneimittel GmbH
8000 München 2

WEHRDIENST

Zu dem Leserbrief von Dr. med. Bernd Karstens („Chancen-Ungleichheit“), in Heft 17/1986, Seite 1174:

Auf Ärzte nicht übertragbar

... Besonders auch gegenüber denjenigen Kollegen, welche ihren Wehrdienst vor dem Studium oder, aus weiß Gott welchen Gründen, überhaupt nicht abgeleistet haben, sind die wehrdienstleistenden Ärzte in beruflicher Hinsicht im Nachteil. Wer nach dem Examen keinen Wehrdienst leisten muß, hat bei entsprechender Bewährung zumindest in den Häusern, in welchen er promoviert oder sein PJ abgeleistet hat, keine allzu schlechten Chancen. Wir wehrpflichtigen Ärzte dagegen geraten während der 15 Monate, in welchen sich der Arbeitsmarkt rapide verschlechtert, zunehmend in Vergessenheit (zum Beispiel durch anwachsende Bewerberflut oder Wechsel in den Chefarztetagen).

Bei einer Bewerbung nach dem Wehrdienst werden wir eingeordnet wie ein Berufsanfänger, obwohl wir immerhin 15 Monate zu meist eigenverantwortlich als Arzt tätig waren. Die Alibiforderung an junge Ärzte, räumliche Mobilität (wozu eigentlich? – die Lage ist überall gleich schlecht), haben wir während unseres Wehrdienstes bei Kommandierungen und Versetzungen schon erfüllt, man sollte uns ruhig ein wenig Recht auf Ortsständigkeit und Familie gönnen. Als „Anerkennung“ für die 15monatige Mitwirkung an der Verteidigung unseres so freiheitlichen Systems (incl. der Freiheit der Berufsausübung) wird die Tätigkeit in der Bundeswehr in den allermeisten Fällen weder auf die Weiterbildung angerechnet, noch

besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Der Grundsatz, daß durch den Wehrdienst kein beruflicher Nachteil entstehen darf, hat in vielen Bereichen Berücksichtigung gefunden, auf Ärzte scheint er nicht übertragbar zu sein.

Dr. med.
Manfred Stapff
Stabsarzt d. Res.
Max-Joseph-Straße 5
8070 Ingolstadt

DERMATOLOGEN

Zu dem Leserbrief von Dr. med. B. Przybilla („Hattu Neuro“), in Heft 11/1986, Seite 659:

Etwas peinlich

Der Glosse ... kann ich als „praktizierender Dermatologe“ nicht beipflichten. Natürlich: In den meisten Kliniken besteht eine hohe Abwehr gegen die Wahrnehmung des „subjektiven Faktors“ (V. v. Weizsäcker) bei Entstehung und Verlauf des atopischen Ekzems. Das würde nämlich beim Untersucher andere Einstellungen sowie Kenntnisse in analytischer Psychologie erfordern. Es wirkt daher etwas peinlich, wenn ein klinischer Dermatologe das Problem der Neurodermitis in der Kindersprache zu veralbern sucht und damit dokumentiert, daß er die hohe Wirksamkeit psychischer Faktoren im Ursachenbündel der Neurodermitis offensichtlich nicht ausreichend zur Kenntnis nehmen kann.

Wir Dermatologen benötigen keine Psychiater, aber gute Kenntnisse in analytischer Psychologie, dann fühlen wir uns auch nicht „überfordert“.

Dr. med.
H. Eichert
Hautarzt
Schloßstraße 38
5400 Koblenz