

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 117 (2019)
Heft: 5

Artikel: Gestationsdiabetes : Pathophysiologie und Erleben in der Beratung
Autor: Bühler, Sarah
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948970>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Gestationsdiabetes: Pathophysiologie und Erleben in der Beratung

Seit einigen Jahren betreuen Hebammen immer mehr Frauen, bei denen ein Gestationsdiabetes (GDM) diagnostiziert worden ist. Mittlerweile ist das die häufigste Stoffwechselstörung in der Schwangerschaft. Diese Diagnose macht aus der physiologischen Schwangerschaft eine Risikoschwangerschaft, die häufigere Überwachungen von Mutter und Kind nach sich zieht. Viele Hebammen erleben die neuen Richtlinien als Pathologisierung und beobachten die aktuelle Entwicklung kritisch.

TEXT:
SARAH BÜHLER

Der Gestationsdiabetes (GDM) ist eine Glukoseintoleranz, die erstmals während der Schwangerschaft entdeckt wird. Er schließt die Möglichkeit einer bereits vor der Schwangerschaft bestehenden Glukoseintoleranz nicht aus (American Diabetes Association, ADA, 2003; WHO Reproductive Health Library, 2016). Diagnostiziert wird der GDM mit einem oralen Glukosetoleranztest (oGTT) (siehe Kasten auf Seite 16).

Wie sich die Grenzwerte entwickelten

Im Verlauf der letzten Jahre wurden, basierend auf den Resultaten der Hapo-Studie und den darauffolgenden Empfehlungen der International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, der WHO und der ADA, auch in der Schweiz neue Grenzwerte zur Diagnose eines GDM übernommen (Boulvain et al., 2012). Vor der Hapo-Studie wurde mit Glukosegrenzwerten gearbeitet, die auf einer Arbeit aus den 1960er-Jahren von O'Sullivan & Mahan basierten (Knopp, 2002). Diese Grenzwerte hatten jedoch keinen Zusammenhang mit schwangerschaftsspezifischen Endpunkten, sondern waren definiert wie die Grenzwerte zur Diagnose eines Diabetes mellitus oder eines Prädiabetes (Metzger et al., 2008). Die Hapo-Studie und Folgearbeiten haben erstmals schwangerschaftsspezifische Endpunkte untersucht und sind zum Schluss gekommen, dass steigende mütterliche Blutzuckerwerte in der Schwangerschaft, die nach den bisher geltenden Richtlinien nicht als diabetisch eingestuft wurden, dennoch zu negativen Outcomes für Mutter und Kind führten (Metzger et al., 2008).

Veränderte Blutzuckerwerte und Insulinproduktion

Auf der anderen Seite erklären sich die tieferen Blutzuckergrenzwerte für Schwangere auch aus der Physiologie der Schwangerschaft: Durch die Zunahme des Blutvolumens in der Schwangerschaft ergibt sich ein Verdünnungseffekt beim Blutzucker. Die Blutzuckerwerte einer Schwangeren sind also generell tiefer als die der nicht schwangeren Bevölkerung, und deshalb müssen auch die Grenzwerte zum GDM tiefer angesetzt werden (Hien et al., 2013).

Die schwangere Frau hat einen grösseren Bedarf an Kohlenhydraten. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft ist die Insulinsensitivität des Körpers erhöht. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft bis zur Geburt steigt die Insulinproduktion des Pankreas um 30 bis 50 % an (Hien et al., 2013). Die Schwangerschaftshormone (Wachstumshormone, humanes Plazentalaktogen) bewirken jedoch eine Insulinresistenz, die durch Übergewicht und Bewegungsarmut gefördert wird. So resultiert bei ca. 5 bis 10 % aller Schwangeren eine Insuffizienz der Bauchspeicheldrüse; die adäquate Versorgung des Körpers mit Insulin ist nicht mehr gewährleistet und der Blutzucker erhöht (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft, DDG, & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG, 2018; Hien et al., 2013).

Früh einem Diabetes mellitus vorbeugen

Die Prävalenz des GDM hat in den letzten 15 Jahren weltweit stark zugenommen, was einerseits auf die veränderten Screeningverfahren und diagnostischen Grenzwerte, andererseits auf die Zunahme von Risikofaktoren wie Übergewicht, höheres mütterliches Alter und genetische Prädisposition zurückzuführen ist (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG, 2018).

Die Blutzuckerwerte einer Schwangeren sind generell tiefer als die der nicht schwangeren Bevölkerung, und deshalb müssen auch die Grenzwerte zum Gestationsdiabetes tiefer angesetzt werden.

Ein (unbehandelter) GDM kann für Mutter und Kind schwerwiegende Folgen haben (siehe Kasten auf Seite 18). Nebst der Therapie mit Ernährungsanpassung und bei Bedarf Insulin (ca. 25 % der Frauen) ist beim GDM v.a. die Prävention eines späteren Diabetes mellitus wichtig. Neben Lifestyle-massnahmen hat sich das Stillen als effektive Prophylaxe für Mutter und Kind herausgestellt (Gunderson et al., 2015) (siehe auch Seite 7).

Eine wirkungsvolle Praktik zur Stillförderung bei Schwangeren mit Diabetes ist die präpartale Kolostrumgewinnung, die zunehmend angewandt wird. Das gewonnene Kolostrum kann zugleich als Hypoglykämieprophylaxe beim Neugeborenen verwendet werden (Forster et al., 2017).

Eng begleitet in Diabetes- und Ernährungsberatung

Wird ein GDM in der Schwangerschaft diagnostiziert, erfolgt eine Diabetesberatung. Die/der Diabetesfachberater/in oder die Diabeteshebamme – wie es sie an Perinatalzentren gibt – informiert die Schwangere ausführlich über die Bedeutung der Diagnose GDM. Die Schwangere lernt, selber Blutzucker zu messen und zu dokumentieren. Zu Hause misst sie ein 4- oder 6-Punktemessprofil. Die/der Diabetesfachberater/in begleitet die Schwangere bis zur Geburt. Sie/er interpretiert mit ihr zusammen die gemessenen Blutzuckerwerte, gibt Ernährungsempfehlungen und motiviert die Schwangere, körperlich aktiv zu sein, um die Insulinsensi-

tivität zu verbessern (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG, 2018).

Parallel dazu findet eine Ernährungsberatung statt. Ziel ist es, den Blutzucker mit Lifestylemodifikationen in den Zielbereich zu senken. Gelingt dies nicht, wird eine Insulintherapie empfohlen, und die/der Diabetesfachberater/in schult die Schwangere im Insulinhandling.

Risiken nehmen mit steigendem Blutzuckerwert stetig zu

Kurz vor der Geburt wird die Prävention eines späteren Diabetes und die Stillförderung besprochen. Sechs bis acht Wochen nach der Geburt erfolgt die Nachberatung, in der erneut die Prävention eines späteren Diabetes angesprochen und der Langzeitzucker HbA1c gemessen wird. Die Beratung nach der Geburt ist zentral, denn die in der Schwangerschaft gelernten Lifestylemodifikationen sollen möglichst weiterhin angewandt werden – nach der Geburt kann auch vor einer nächsten Schwangerschaft sein!

Um einen GDM optimal zu behandeln, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Diabetesberatung, Ernährungsberatung, Diabetologie und Geburtshilfe notwendig. So sind z.B. das allgemeine Befinden der Schwangeren, die fetale Wachstumskurve im Ultraschall sowie eine sonografische Verdickung von Cutis und Subcutis wichtige Anhaltspunkte für das Diabetesteam für weitere Therapieentscheidungen.

Viele Schwangere, die in die Diabetesberatung kommen, haben davon gehört, dass die Grenzwerte für den oGTT jetzt tiefer angesetzt sind. Einige hinterfragen denn auch ihre Diagnose des GDM und meinen z.B., wenn sie nur bei einem Wert um 0,1 mmol/l erhöht waren, sei das bestimmt nicht so schlimm. Andere meinen, sie hätten «nur ein wenig Diabetes»; hier ist fundierte Information zu den aktuellen Empfehlungen wichtig und auch, woher diese stammen. Für Schwangere und Hebammen mag interessant sein, dass in der Hapo-Studie keine eigentlichen Schwellenwerte gefunden wurden, sondern eine kontinuierliche Zunahme der mütterlichen und kindlichen Risiken bei steigenden Blutzuckerwerten, wobei ab den heute gültigen Grenzwerten bereits deutlich erhöhte Risiken festgestellt wurden (Metzger et al., 2008).

Terminkoordination und Insulin

Gegen Ende der Schwangerschaft nimmt die Frequenz der Vorsorgetermine bei Risikoschwangeren zu. Die Blutzuckerwerte werden in der Diabetesberatung alle ein bis zwei Wochen bis zur Geburt angeschaut. Das führt oft zu «Terminmüdigkeit» bei den Schwangeren; viele erleben die zahlreichen Vorsorge- und Beratungstermine als organisatorische Belastung. Die/der Diabetesfachberater/in versucht, dieser Situation abzuwehren, indem z.B. bei guter Blutzuckereinstellung weniger Termine geplant oder Beratungen per Telefon oder E-Mail angeboten werden. Ein zusätzliches Angebot ist die integrierte Beratung im Rahmen der Schwangerenvorsorge durch eine speziell ausgebildete Diabeteshebamme.

Schwierig wird es für manche Schwangere, wenn es notwendig wird, Insulin zu injizieren. Es bestehen vielfach grosse Hemmungen gegen Medikamente in der Schwangerschaft. Doch obwohl Insulin kein Medikament im eigentlichen Sinne, sondern eine Hormontherapie mit physiologischer Struktur ist, fühlen sich viele Schwangere belastet und voller Widerstände dagegen. Dies kann soweit führen, dass sich



Screening und Grenzwerte

Screening Gestationsdiabetes (GDM), oraler Glukose-toleranztest mit 75 g Glucose:

- 12 bis 14 Schwangerschaftswochen bei Risikofaktoren (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, Status nach GDM, Status nach Geburt eines Kindes $> 4000 \text{ g}$, Status nach intrauteriner Fruchttod, polyzystisches Ovarial-Syndrom, Therapie mit Kortikosteroiden, Kind mit einem Neuralrohrdefekt, Ethnie nicht kaukasisch, habituelle Aborte, Glukosurie einmalig ++ oder zweimalig + und mütterliches Alter > 35 Jahre).
Alternativ: Langzeitzucker HbA1c und Nüchtern-Glucose
- 24 bis 28 Schwangerschaftswochen bei allen Schwangeren.
- Durchführung unter Standardbedingungen:
Keine akute Erkrankung/Erkältung am Testtag, Test frühestens fünf Tage nach Lungenreife, keine aussergewöhnliche körperliche Belastung am Vortag, übliche Kohlenhydratmengen während der letzten drei Tage, ab 22 Uhr am Vortag nüchtern für mindestens acht Stunden, Test zwischen 6 und 9 Uhr am Testtag, während dem Test möglichst wenig bewegen und nicht rauchen.

Grenzwerte Blutzucker (im venösen Plasma):

- Nüchtern $\geq 5,1 \text{ mmol/l}$
- Nach einer Stunde $\geq 10 \text{ mmol/l}$
- Nach zwei Stunden $\geq 8,5 \text{ mmol/l}$

Ein pathologischer Wert genügt für die Diagnose.

Quellen: Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2018; Boulvain et al., 2012; Nice, 2015

die Schwangere komplett kohlenhydratfrei ernährt, um kein Insulin spritzen zu müssen. Das entspricht keineswegs den Ernährungsempfehlungen, und so braucht es viel Fin-spitzengefühl, um diesen Vorbehalten konstruktiv zu begegnen. Ein Gespräch mit Vertiefung und Veranschaulichung der Pathophysiologie hilft, zu klären, dass nur mit genügend Insulin das Ziel der stabilen Stoffwechseleinstellung in der Schwangerschaft erreicht wird. Motivierend kann für die Schwangere sein, wenn sie erfährt, dass eine Insulintherapie einen Benefit für das Kind darstellt, indem das Geburtsgewicht und das spätere Diabetesrisiko kleiner werden.

Gefragt sind Kommunikation und transkulturelle Kompetenz

Bei Schwangeren wird oft eine grosse Insulinresistenz beobachtet. Die kortisonähnlichen Hormone der Plazenta bewirken, dass das Insulin im Körper der Frau nicht mehr adäquat wirken kann, und so werden z. T. sehr grosse Mengen an Insulin benötigt, um einen stabilen Blutzucker zu gewährleisten. Die stete Steigerung des Insulins kann zu Zweifeln und Resignation bei den Schwangeren führen. Hier arbeitet die/der Diabetesberater/in mit Methoden des Coachings und Kommunikationskonzepten wie z. B. dem «Motivational Interviewing» nach Miller und Rollnick (2015).

Die Arbeit mit fremdsprachigen Schwangeren stellt die/den Diabetesfachberater/in vor zusätzliche Herausforderungen: Zur kom-

plexen Sachlage kommen unter Umständen ein differierendes Schwangerschafts- und Krankheitsverständnis sowie andere Ess- und Bewegungsgewohnheiten hinzu. Um das Diabetesmanagement der Schwangeren in ihren Alltag zu übersetzen, ist deshalb auch transkulturelle Kompetenz gefragt.

Schwangere, welche die Diagnose GDM erhalten, sind meist sehr geprägt von der Stoffwechselstörung. Das Blutzuckermessen und die Achtsamkeit der Ernährung gegenüber nehmen viel Zeit in Anspruch, und die Sorgen um das Kind können die Schwangerschaft überschatten. Eine unterstützende Haltung der begleitenden Fachpersonen ist sehr wichtig. Der GDM beeinflusst manchmal den «Plan», den sich die Schwangere für sich zu rechtgelegt hat. So kann z. B. die Geburt im Geburtshaus in Frage gestellt werden, was es für die Schwangere schwieriger macht, die Diagnose zu akzeptieren.

Die Folgen rechtfertigen den zusätzlichen Vorsorgeaufwand

Hier ist eine gute Kommunikation zwischen der/dem Diabetesberater/in und der Hebamme essenziell, um eine zufriedenstellende Lösung für die Schwangere zu finden. Ist der Blutzucker stabil eingestellt, kann oft eine Geburt im Geburtshaus angestrebt werden. Mit der Diagnose GDM wird aus der physiologischen Schwangerschaft eine Risikoschwangerschaft, doch sind die Blutzuckerwerte stabil eingestellt, gleicht sich das Outcome nahezu an dasjenige der physiologischen

Schwangerschaft an. Die zahlreichen Folgen, die eine gestörte Glukosetoleranz haben kann, rechtfertigen dennoch die zusätzlichen Vorsorge- und Beratungstermine. Oft geht es v. a. um die Anwendung einer gesunden und ausgewogenen Ernährung und körperlichen Aktivität, um grundsätzliches Wissen für alle Schwangeren also. Die Herausforderung ist vielfach die Umsetzung im Alltag; hier kann die Schwangere von den Beratungsfähigkeiten der Diabetesberaterin / des Diabetesberaters profitieren. Viele Schwangere sehen die Diagnose als Chance für eine Umstellung auf einen gesunden Lebensstil, von dem auch das Kind und die ganze Familie profitieren werden. Nicht vergessen sollte man dabei, dass diese und damit eine nachhaltige Prävention einige Zeit in Anspruch nimmt.

Sind die Blutzuckerwerte stabil eingestellt, gleicht sich das Outcome nahezu an dasjenige der physiologischen Schwangerschaft an.



Mit der Diagnose Gestationsdiabetes rückt der Stoffwechsel der Schwangeren in den Fokus.

Sarah Bühler

Optimal betreut im
interprofessionellen Team

Wenn eine Schwangerschaft zur Risikoschwangerschaft wird, nimmt der Anteil an beteiligten Fachpersonen zu. Die Hebammen, die gemäss ihrem Berufsprofil verantwortlich ist für die physiologische Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett, teilt sich nun die Zuständigkeit mit Gynäkologinnen/Gynäkologen, Diabetologinnen/Diabetologen und Diabetesfachberatenden. Manche Hebammen sehen dies als unnötige Pathologisierung und Verzettlung der Schwangerschaft, in der sich die Frau auf das Kind und die natürlichen Vorgänge in ihrem Körper konzentrieren sollte.

Doch so wie die Diagnose GDM eine Chance für die Schwangere und ihre Familie bedeuten kann, bietet sie der Hebamme eine Chance zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Nur eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten gewährleistet eine optimale Betreuung. Dabei kann die Hebamme durchaus ihre Stärken ausspielen; ihr Selbstbewusstsein im Wissen um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und ihre Bodenhaftung werden gerade von Schwangeren mit GDM, die oft verunsichert sind, sehr geschätzt. Sie leistet mit ihrer Nähe zu

den Schwangeren und deren Familien einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung des Diabetesmanagements und zur Unterstützung in der herausfordernden Zeit. Die Hebamme ist Expertin für Mutterschaft und Frauengesundheit und das bleibt sie auch, wenn eine Frau Diabetes hat! ☺



Sarah Bühler

arbeitet als Hebamme und Diabetesfachberaterin in der Ausbildung am Luzerner Kantonsspital. Ihre Arbeitsorte sind das Ambulatorium für Schwangere und die Diabetesberatung am Standort Luzern.
sarah.buehler@luks.ch

Literatur

American Diabetes Association (ADA, 2003) ADA Position Statement: Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*; 26(1), 103-105. www.care.diabetesjournals.org

Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft, DGG, & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG (2018) S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage. AWMF-Registernummer 057-008. www.awmf.org

Boulvain, M., Brändle, M., Drack, G., Hoessli, I., Honegger, C., Lehmann, R., Raio, L., Senger, M., Troendle, A., Zimmermann, R. & Surbek, D. (2012) Screening des Gestationsdiabetes. Expertenbrief Nr. 37 der Gynécologie Suisse SGGG. *Schweizer Zeitschrift für Gynäkologie*: 1/2012, 24–26.

Forster, D. A., Moorhead, A. M., Jacobs, S. E., Davies, P. G., Walker, S. P., McEgan, K. M., ... Amir, L. H. (2017) Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *The Lancet*; 389, 2204-2213.

Gunderson, E. P., Hurston, S. R., Ning, X., Lo, J. C., Crites, Y., Walton, D., ... Quesenberry, C. P. Jr. & The Study of Women, Infant Feeding and Type 2 Diabetes After GDM Pregnancy Investigators (2015) Lactation and Progression to Type 2 Diabetes Mellitus After Gestational Diabetes Mellitus: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med*; 163(12), 889–898.

Hien, P., Böhm, B., Claudi-Böhm, S., Krämer, C. &

Kohlhas, K. (2013) Diabetes-Handbuch. 7., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.

Knopp, R. H. (2002) John B. O'Sullivan: A Pioneer in the Study of Gestational Diabetes. *Diabetes Care*; 25(5), 943-944.

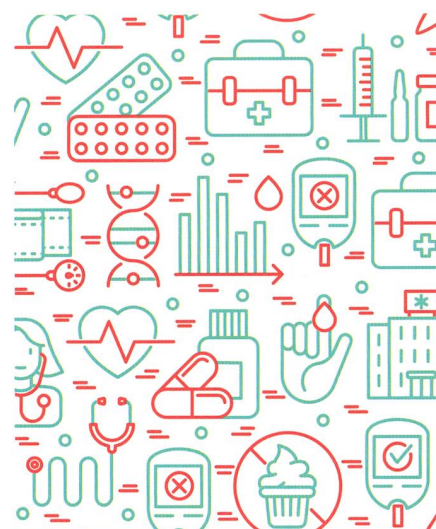
Löbner, K., Knopff, A., Baumgarten, A., Mollenhauer, U., Marienfeld, S., Garrido-Franco, M., Bonifante, E., Ziegler, A.-G. (2006) Predictors of Postpartum Diabetes in Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes*; 55, 792-797.

Metzger B. E., Lowe L. P., Dyer A. R., Trimble, E. R., Chaovarindr, U., Coustan, D. R., ... Sacks, D. A (The Hapo Study Cooperative Research Group) (2008) Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *The New England Journal of Medicine*; 358(19), 1991–2002. www.nejm.org

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015) Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing. 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg: Lambertus.

National Institute for Health and Care Excellence (Nice, 2015) Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. Nice guideline [NG3]. www.nice.org.uk/guidance/ng3

WHO Reproductive Health Library (2016) WHO recommendation on the diagnosis of gestational diabetes in pregnancy. Genf: World Health Organization. <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/antenatal-care/who-recommendation-diagnosis-gestational-diabetes-pregnancy-0>



Stockphoto 864503964 Alexey Blagov

Folgen des Gestationsdiabetes

Für die Mutter:

Quellen: Forster et al., 2017; Hien et al., 2013; Löbner et al., 2006



LEHRINSTITUT RADLOFF

Institut für Akupunktur Massage AG
Bachstrasse 72, CH-5034 Suhr
Telefon +41 (0) 62 825 04 55
kurse@radloff.ch, www.radloff.ch

Akupunktur Massage nach Radloff®

Die Weiterbildung für med. MasseurInnen, PhysiotherapeutInnen, Pflegefachfrauen und Hebammen bis zum Branchenzertifikat OdA-KT

- **ESB** Energetisch statische Behandlung der Gelenke
- **APM** Akupunkturpunkte, verbunden zu Meridianen
- **ORK** Ohr-Reflexzonen Kontrolle ermöglicht eine differenzierte energetische Befunderhebung und ständige Verlaufskontrolle

Informationsabende in Bern, Aarau, St. Gallen und Zürich. Weitere Infos unter www.radloff.ch oder Telefon 062 825 04 55



rajoton^{plus}
alkoholfrei

- Stärkungsmittel mit langjähriger Tradition, zur erfolgreichen Unterstützung während der Schwangerschaft und in der Stillzeit
- reich an Eisen, Kalzium, Magnesium und Vitamin C
- mit ausgesuchten Kräuterextrakten

rajoton^{plus}

Bitte senden Sie mir mehr Informationen:

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Beruf:



Kräuterhaus Keller Herboristerie
1227 Carouge-Genève
Tel. 022 300 17 34, Fax 022 300 36 79

Berlin, Berlin, wir wollen nach Berlin!
Das Top-Highlight der Hebammen-Fortbildungen im deutschsprachigen Raum

2019

I. Internationaler Hauptstadt-Congress

Geburtshilflicher Dialog

Ihr Forum für den Dialog in Schwangerschaft, Geburt & Wochenbett für Hebammen & FrauenärzteInnen

10. – 11. September 2019
Berlin | Estrel Congress Center

Professionelles, interdisziplinäres Teamwork.

Auftrag & Verpflichtung für Hebammen & FrauenärzteInnen in Schwangerschaft, Geburt & Wochenbettbetreuung.

Wünsche. Visionen. Zukunft.

www.GeburtshilflicherDialog.de

Jetzt anmelden!
Frühbucher- und Sonderpreise nutzen!

Kooperationspartner
St. Joseph Krankenhaus
Berlin Tempelhof

Beim Dialog dabei!
AGG, BfM, DGG, DGH, DHV, NATUM

Von Hebammenvereinigungen im deutschsprachigen Raum empfohlen.
Anerkannte, zertifizierte Fortbildung.

Hebammenbedarf

„Alles rund um die Geburtshilfe“

MEDELO MEDIZIN-TECHNIK

bekannt für:

- ✓ fachkundige Beratung
- ✓ Qualitätsprodukte
- ✓ schnelle Lieferung
- ✓ Leihgeräte-Stellung
- ✓ technischer Service
- ✓ faire Preise

Tel. +49 (0) 6502 9224-0
Fax +49 (0) 6502 9224-30
Email: info@medelo-hebshop.de
Im Gewerbegebiet 34
D-54344 Kenn

www.medelo-hebshop.de