Macht der orale Glucosetoleranztest schwangere Frauen krank?

Autor(en): **Hefti, Fiona / Pacciarelli, Anina**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **29.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949085

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

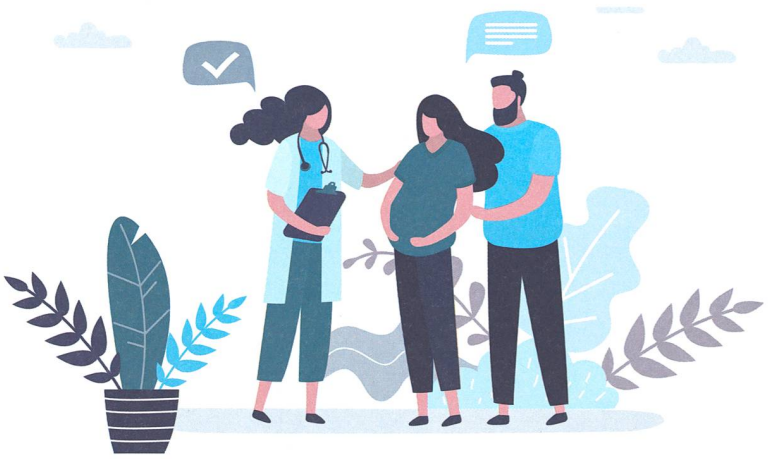
Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Macht der orale Glucosetoleranztest schwangere Frauen krank?

Allgemeingültige Empfehlungen zur Prävention von Gestationsdiabetes mellitus (GDM) fehlen bislang. Doch es gibt verschiedene Möglichkeiten, um dieser Erkrankung besser vorzubeugen. Wie Schwangere mit GDM am besten identifiziert werden, ist weitgehend ungeklärt – hier besteht Handlungsbedarf. Der Diagnosestellung begegnen Schwangere nicht nur mit Unverständnis, oft löst sie bei den Betroffenen grossen Stress aus. Dies gilt es zu verhindern.

TEXT:
FIONA HEFTI UND ANINA PACCIARELLI



Shutterstock

In den industrialisierten Ländern nimmt die Prävalenz des Gestationsdiabetes mellitus (GDM) stetig zu (Eades et al., 2017; Zhu & Zhang, 2016). Trotz intensiver Forschung gibt es keine allgemeingültigen Empfehlungen zu dessen Prävention. Es besteht Handlungsbedarf. Seit dem Erscheinen der Studie «Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome» (HAPO) (Balsyte et al., 2018) im Jahr 2008 ist die Zahl an Frauen, die mit GDM diagnostizierten wurden, in die Höhe geschossen. Die Fragen sind: In welchem Verhältnis steht das Herabsetzen der diagnostischen Grenzwerte und der damit verbundenen steigenden Anzahl GDM diagnostizierter Frauen? Wie viele Neugeborene sind tatsächlich symptomatisch aufgrund des GDM ihrer Mutter?

Die Konsequenzen für Mutter und Kind können bei unentdecktem GDM folgenschwer sein. Gleichzeitig begegnen betroffene Frauen der Diagnose GDM oft mit Unverständnis und Unwissen. Auf die resultierenden Interventionen wie Ernährungsumstellung im weiteren Verlauf der Schwangerschaft, eine allfällige Einleitung am errechneten Geburtstermin, die wiederholten Plasmaglucosemessungen und Frühernährung des Neugeborenen sind sie meist ungenügend vorbereitet.

Literaturrecherche, Fragebogen und Einzelgespräche

Diese Fragen trieben die Autorinnen, zwei Hebammenstudentinnen aus Zürich, um, sodass sie beschlossen, im Rahmen ihrer Bachelorthesis dieser Thematik auf den Grund zu gehen. Sie stellten sich die Frage: Inwiefern bestehen Einflussmöglichkeiten seitens der Schwangeren und medizinischen Fachpersonen auf den oralen Glucosetoleranztest (oGTT)? Die Autorinnen postulierten die Hypothese, dass der oGTT durch das Verhalten der Schwangeren bis zum Testzeitpunkt sowie durch das Testverfahren und die vorgängige Aufklärung in der Praxis beeinflussbar ist. Sollten sich in der Literatur Hinweise finden, die ihre Hypothese auch nur zu einem Teil bestätigen, könnte darin das Potenzial liegen, GDM-Diagnosen in Einzelfällen zu reduzieren.

Die weltweit steigende Prävalenz von Gestationsdiabetes mellitus liegt einerseits an der Veränderung der Screeningverfahren und Einführung neuer diagnostischer Grenzwerte, andererseits an der Zunahme des mütterlichen Alters und der Adipositasprävalenz.

Die Autorinnen setzten sich zum Ziel, ihre Fragen anhand von drei verschiedenen Vorgehensweisen zu beantworten: Sie begannen mit einer Literaturrecherche, konsultierten GDM-Reviewartikel und verglichen aktuelle Richtlinien. In einem zweiten Schritt untersuchten sie mittels Fragebogen stichpunktartig die etablierte Beratungspraxis in Praxen und Spitälern der Deutschschweiz bzgl. GDM-Diagnostik und oGTT. Zuletzt führten sie Einzelgespräche mit betroffenen Frauen, um einen Einblick des subjektiv Erlebten im Umgang mit dem Thema GDM zu bekommen.

Weshalb steigt die Prävalenz weltweit an?

Laut Diabetes Gesellschaft Schweiz (2010) tritt ein GDM bei 10 bis 15 % aller Schwangerschaften auf und gehört damit zu den häufigsten Schwangerschaftskomplikationen. Die weltweit steigende Prävalenz von GDM liegt laut der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (DDG & DGGG, 2018) einerseits an der Veränderung der Screeningverfahren und Einführung neuer diagnostischer Grenzwerte, andererseits an der Zunahme des mütterlichen Alters und der Adipositasprävalenz.

Die Einführung neuer diagnostischer Grenzwerte im Jahr 2011 steht in Zusammenhang mit der Änderung der Deutschen Leitlinie für GDM (DDG & DGGG, 2018). Diese basiert wiederum auf der 2008 veröffentlichten HAPO-Studie (Metzger et al., 2008). Die Ergebnisse belegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen mütterlichen Plasmaglucosewerten und fetaler Gewichtszunahme. Es wird vermutet, dass die fetale Insulinproduktion, die bei erhöhten Plasmaglucosewerten der Mutter gesteigert wird, die Grundlagen dafür bildet (Metzger et al., 2008).

Auswirkungen von Diabetes auf Mutter und Kind

Ein unbehandelter Diabetes geht mit einem erhöhten Risiko für schwangerschaftsinduzierte Hypertonie und Präeklampsie einher.

Zu den akuten Folgen gehören zudem ante- und postpartale Blutungen, Poly- als auch Oligohydramnion, die primäre sowie die sekundäre Geburtsbeendigung per Sectio caesarea, Einleitungen sowie Dammrisse dritten und vierten Grades (Thill, 2016).
Ein unentdeckter Diabetes mellitus oder GDM kann perinatal negative Konsequenzen wie neonatale Hypoglykämie, Makrosomie, Hypokalzämie, Polyglobulie, Hyperbilirubinämie und Atemnotsyndrom aufgrund der herabgesetzten Surfanctantproduktion zur Folge haben. Damit verbunden ist ein erhöhtes Risiko einer Schulterdystokie oder einer operativen Geburtsbeendigung sowie die erhöhte Wahrscheinlichkeit, neonatale intensivmedizinische Interventionen zu benötigen (Reddi Rani & Begum, 2016; Thill, 2016).

Wie Schwangere mit Gestationsdiabetes mellitus am besten identifiziert werden können, bleibt weitgehend ungeklärt. Auch die Screeningmethoden selbst sind nicht über jeden Zweifel erhaben.

Screening und Krankheitsbild lösen Stress aus

Der Stellenwert, GDM bei betroffenen Frauen zu diagnostizieren und behandeln, ist unbestritten. Die grosse emotionale Belastung, die das routinemässige Screeningverfahren im zweiten Trimenon darstellt, wird jedoch beim aktuellen Testvorgang ausser Acht gelassen.

In den persönlichen Gesprächen äusserte eine Mehrzahl der Schwangeren, dass das Screeningverfahren an sich und das Krankheitsbild GDM grosse Stressfaktoren darstellten. Die Autorinnen der Bachelorthesis erfuhren auch, dass die Schwangeren mangels Informationen zum Testverfahren zusätzlich verunsichert waren. Die Diagnosestellung löste bei betroffenen Frauen oft Selbstvorwürfe aus. Sie warfen sich vor, sich nicht gesund genug ernährt zu haben. Zudem machten sie sich Sorgen um ihr ungeborenes Kind. In der Literatur beschreiben Frauen im Zusammenhang mit der Diagnosestellung GDM subjektive Schuld- und Krankheitsgefühle, Gefühle der Überforderung und des Kontrollverlusts bzgl. der eigenen Gesundheit sowie Ängste um ihr Wohlbefinden und jenes ihres Kindes (Devsam et al., 2013).

Physiologische Veränderungen im Kohlenhydratstoffwechsel

In einer Schwangerschaft entwickelt die Frau zu Beginn des zweiten Trimenons eine relative Insulinresistenz, die bis zum Ende der Schwangerschaft progredient ist. Diese physiologische Veränderung des maternalen Metabolismus vereinfacht den Glucosetransport über die Plazenta. So wird für das Wachstum des Feten gesorgt und dessen gesunde Entwicklung sichergestellt (Bain et al., 2015).
Mit fortdauernder Schwangerschaft steigt die Konzentration der Plazentahormone, die eine antagonistische Wirkung gegenüber Insulin haben. Das maternale Gewebe zeigt daher eine zunehmende Insulinresistenz. In der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche (SSW) wird der oGTT durchgeführt. Also genau in jener Phase, in der die relative Insulinresistenz am höchsten ist.
Die ursächlichen Mechanismen der GDM-Entwicklung sind nicht restlos geklärt. Zu den in der Literatur genannten Risikofaktoren für die Entwicklung eines GDM zählen ein fortgeschrittenes Alter der Schwangeren, mangelnde körperliche Aktivität, eine nahrungsfaserarme und kohlenhydratreiche Ernährung, Multiparität, die Geburt eines makrosomen Kindes in der Vergangenheit sowie die ethnische Zugehörigkeit (Südostasien, Lateinamerika und Afrika) (Balsyte et al., 2018). Einem erhöhten Risiko, an GDM zu erkranken, sind ebenfalls Frauen ausgesetzt, die einen GDM in einer vorhergehenden Schwangerschaft entwickelt haben oder familiär vorbelastet sind (Thill, 2016).

Problemstellung als Ausgangslage

Screeningmethoden

Klinische Zeichen eines GDM fehlen oft. Aus diesem Grund sind verlässliche Screeningmethoden, die sicherstellen, dass Frauen mit GDM früh und akkurat erkannt werden, unabdingbar. Wie Schwangere mit GDM am besten identifiziert werden können, bleibt weitgehend ungeklärt. Auch die Screeningmethoden selbst sind nicht über jeden Zweifel erhaben (van Leeuwen et al., 2012).

Massnahmen zur Prävention und zum Umgang mit Gestationsdiabetes mellitus

- Wissensvermittlung, frühzeitige Aufklärung
- Beratungsgespräche
- Engmaschige und kontinuierliche Betreuung durch eine medizinische Fachperson
- Betreute Bewegungsprojekte
- Angemessene Diät
- Ernährungsberatung
- Handout als Gedankenstütze

Das Standardvorgehen in der Schweiz zur Diagnose eines GDM richtet sich nach dem «Expertenbrief No 37» der gynécologie suisse SGGG (Boulvain et al., 2011). Dieser besagt die Durchführung eines oralen Glucosetoleranztests mit 75 g Glucose bei allen Frauen zwischen der 24. und der 28. SSW.
Aufgrund der Ergebnisse der HAPO-Studie (Metzger et al., 2008) hat die International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, 2010) die Grenzwerte herabgesetzt. Sie lauten wie folgt:

- Nüchtern Plasmaglucose ≥5,1 mmol/l
- Plasmaglucose nach einer Stunde ≥10 mmol/l
- Plasmaglucose nach zwei Stunden ≥8,5 mmol/l

Betreuung

Das behandelnde Fachpersonal ist dazu angehalten, die Schwangere vorgängig zu instruieren und einen Informationsflyer abzugeben. Am Tag des Tests muss erfragt werden, ob eine Nahrungskarenz von mindestens acht Stunden eingehalten wurde. Danach wird die Nüchtern-Plasmaglucose im venösen Vollblut bestimmt. Liegt der Wert ≥5,1 mmol/l, kann der oGTT abgebrochen werden, da ein GDM vorliegt. Umgekehrt kann auf eine Glukosebelastung verzichtet werden, wenn der Wert <4,4 mmol/l liegt.

Wissenslücken

Die Beobachtungen der Autorinnen aus der Praxis zeigten, dass keineswegs alle Frauen frühzeitig auf den oGTT vorbereitet und sorgfältig über dessen Ablauf informiert werden. Nicht selten zeigten sich seitens der Schwangeren in persönlichen Gesprächen Wissenslücken. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Hebammen schon in die Schwangerschaftsbetreuung involviert werden. Die Aufklärung zum GDM und dessen Screeningverfahren könnte eines von zahlreichen Themen sein, dem die Hebamme in ihrer Schwangerschaftsvorsorge angemessen Zeit widmet.

Diät und Insulin

In der Vergangenheit konnte gezeigt werden, dass die Behandlung eines GDM durch das Einhalten einer Diät oder die Verabreichung von Insulin das Risiko von Komplikationen senken kann. Es konnten sowohl das perinatale Outcome des Kindes wie auch jenes der Mutter verbessert werden (Lindsay et al., 2011).
In der Literatur wird beschrieben, dass 20 bis 60 % der Frauen mit diagnostiziertem GDM einer Insulinbehandlung bedürfen (Swiss Medical Forum, 2017). Erfahrungsgemäss können die Plasmaglucosewerte jedoch oftmals mit Diät und angepasster Bewegung im angestrebten Normalbereich gehalten werden.

Was ist für die Praxis relevant?

Die beschriebenen Erkenntnisse haben bei den Autorinnen die Frage aufgeworfen, ob ein gewisser Prozentsatz der Schwangeren durch ein Fehlverhalten ihrerseits oder vonseiten der betreuenden Fachpersonen vor dem oGTT als falsch-positiv getestet wird. Welche Umstände führen dazu, dass das GDM-Screening im zweiten Trimenon positiv ausfällt, wenn die Plasmaglucosewerte im Verlauf der Schwangerschaft durch Diät und vermehrte körperliche Aktivität im Normbereich gehalten werden können? Es stellt sich dementsprechend die Frage, ob und wie dies verhindert werden kann: War die Ernährung der Schwangeren vor dem Test möglicherweise ungeeignet? Oder wurde die Schwangere ungenügend informiert? Wenn Ja, wie könnte erreicht werden, dass Schwangere vor dem Screening bereits ausreichend über ein möglichst präventives und langfristig anhaltendes Verhalten aufgeklärt würden?

Erkenntnisse aus der Literatur

Ernährung und Bewegung

In der Literatur finden sich klare Hinweise, dass gesteigerte Bewegung und eine angemessene Diät mit einem hohen Anteil an Nahrungsfasern und einer massvollen Menge an Kohlenhydraten einen präventiven Charakter auf die Entwicklung eines GDM haben (Agha-Jaffar et al., 2016). Zudem lässt sich die Tendenz erkennen, dass die Prävention umso wirkungsvoller ist, je früher und je länger gesunde Schwangere sie in Form von angepasster Bewegung und Ernährung betreiben (Agha-Jaffar et al., 2016; Sanabria-Martínez et al., 2015).
Die Autorinnen empfehlen durch Fachpersonen begleitete Bewegungsprogramme sowie eine engmaschige und intensive Betreuung der Schwangeren durch eine Fachperson. Diese erhöhen die Compliance der Schwangeren und haben dadurch einen präventiven Effekt auf die Entwicklung eines GDM oder der exzessiven Gewichtszunahme (Sanabria-Martínez et al., 2015; Schieren, 2013).

Prävention und Information

Präventionsmassnahmen haben sich als noch wirkungsvoller erwiesen, wenn Frauen bereits präkonzeptionell umfassend informiert werden. Durch kleine Intervention wie das Führen eines Aufklärungsgespräches in der Frühschwangerschaft zum Thema GDM und dessen Prävention kann eine statistisch signifikante Reduktion der Prävalenz dieser Stoffwechselerkrankung erreicht werden.

In der Literatur finden sich klare Hinweise, dass gesteigerte Bewegung und eine angemessene Diät mit einem hohen Anteil an Nahrungsfasern und einer massvollen Menge an Kohlenhydraten einen präventiven Charakter auf die Entwicklung eines Gestationsdiabetes mellitus haben.

Information bedeutet Wissen und dadurch Nachvollziehbarkeit. Nichtwissen kann zur Folge haben, dass sich die Schwangere bspw. nicht an vorgeschriebene Testanforderungen hält. Dies kann das Testergebnis beeinflussen, den positiven Prädikativwert

und damit die Inzidenz von GDM verfälschen. Die Konsequenzen für Mutter und Kind können, wie beschrieben, weitreichend sein und schwerwiegend ausfallen.

So lässt sich die Prävalenz positiv beeinflussen

Das Fachpersonal hat bei der Handhabung des OGTT-Testverfahrens einen erheblichen Einfluss und trägt damit unwissentlich zur Aussagekraft des Screeningergebnisses bei. So zeigen die zentralen Erkenntnisse aus der Bachelorthesis klar auf, dass das zeitgerechte Vermitteln von angemessenen und ausreichenden Informationen zum Krankheitsbild GDM und dessen Präventionsmöglichkeiten einen positiven Effekt auf die Prävalenz haben können. Die Aufklärung sollte systematisch durchgeführt werden. Nach Möglichkeit sollte ein Handout mit den wichtigsten Informationen bzgl. Präventionsstrategien und Verhaltensweisen vor dem oGTT abgegeben werden. Dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass die Schwangere in einer Schwangerschaftskontrolle oft von Informationen überflutet wird und dadurch Wesentliches untergehen kann.
Eine schriftliche Gedankenstütze bildet das Kernstück einer simplen Präventionsstrategie. Somit lautet der Kardinalauftrag aller schwangerschaftsbegleitenden Fachpersonen, alles zu unternehmen, damit Schwangere auf eine umfassende Beratung und Betreuung zählen können. Solange das GDM-Screeningverfahren nicht mit gross angelegten Studien hinterfragt wird, ist eine offene und ausführliche Aufklärung zu diesem Thema das einzige Mittel, gesunde Schwangere vor einer möglichen Fehldiagnose zu bewahren. ⊙

Dieser Artikel beruht auf der Bachelorthesis «Macht der oGTT schwangere Frauen krank? Einflussmöglichkeiten von Schwangeren und medizinischen Fachpersonen auf das Ergebnis des oralen Glucosetoleranztest (oGTT)» von Fiona Hefti und Anina Pacciarelli (2019), die sie zum Abschluss des Bachelorstudiums an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften eingereicht haben. Sie ist abrufbar unter https://digitalcollection.zhaw.ch

AUTORINNEN

Marcel Grubenmann

Fiona Hefti,
Studierende Hebamme BSc an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, hat soeben das Abschlusspraktikum im Spital Zollikerberg abgeschlossen. Sie ist dreifache Mutter.

Marcel Grubenmann

Anina Pacciarelli,
Studierende Hebamme BSc an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, hat soeben das Abschlusspraktikum im Spital Zollikerberg absolviert und arbeitet nun dort als diplomierte Hebamme.

Literatur

Agha-Jaffar, R., Oliver, N., Desmond, J. & Robinson, S. (2016) Gestational diabetes mellitus: does an effective prevention strategy exist? *Nature Reviews Endocrinology;* (12), September, 533–546.
Bain, E., Crane, M., Tieu, J., Han, S., Crowther, C. & Middleton, P. (2015) Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. J. W. Ltd. (Hrsg.). Cochrane Database of Systematic Reviews; (4), 3.
Balsyte, D., Burkhardt, T., Grawe, C., Haslinger, C., Jordan, K., Kimmich, N., ... Zimmermann, R. (2018) Handbuch Geburtshilfe. 3. Auflage. P. D. Zimmermann (Hrsg.). Zürich: Eigenverlag.
Boulvain, M., Brändle, M., Drack, G., Hoesli, I., Honegger, C., Lehmann, R., ... Surbek, D. (2011) Expertenbrief No 37. www.sggg.ch
Coad, J. & Dunstall, M. (2007) Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe. 1. Auflage. München: Elsevier.
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) & Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2018) S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM). Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage.
Devsam, B. U., Bogossian, F. E. & Peacock, A. S. (2013) An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: Proposing a framwork to enhance midwifery assessment. *Women and Birth;* 69–76.
International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel (2010) International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care;* 33(3), 676–682.
Lindsay, R., Catalano, P. & Nelson, S. (2011) Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. R. C. Gynaecologists (Hrsg.).
Metzger, B. E., Lowe, L. P., Dyer, A. R., Trimble, E. R., Chaovarindr, U., Coustan, D. R., ... Sacks, D. A. (2008) Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med;* 8. Mai, 358(19), 1991–2002.
Reddi Rani, P. & Begum, J. (2016) Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus, Where Do We Stand. *Journal of Clinical and Diagnostic Research;* 10(4), 1–4.
Sanabria-Martínez, G., García-Hermoso, A., Poyatos-León, R., Álvarez-Bueno, C., Sánchez-López, M. & Martínez-Vizcaíno, V. (June 2015) Effectivness of physical Activity interventions on preventing gestational diabetes mellitus and excessive maternal weight gain: a meta-analysis. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG);* 1167–1174.
Schieren, E. M. (2013) Lebensstil-Intervention in der Frühschwangerschaft – eine Möglichkeit zur Senkung der Gestationsdiabetes-Prävalenz? Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. 16. Januar.
Schweizerische Diabetes-Gesellschaft (2010) Schwangerschaftsdiabete – Vorsorge für Mutter und Kind.
Swiss Medical Forum (2017) Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen Gestationsdiabetes. 15. November. https://medicalforum.ch
Thill, M. (2016) Gestationsdiabetes – klinische Daten nach Änderung der deutschen Leitlinie, 1. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwig-Universität Freiburg im Breisgau.
van Leeuwen, M., Louwerse, M. D., Opmeer, B. C., Limpens, J., Serlie, M. J., Reitsma, J. B. & Mol, B. W. (2012) Glucose challenge test for detecting gestational diabetes mellitus: a systematic review. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology;* Januar, (119), 393–401.

WELEDA MUSTER-PAKETE FÜR HEBAMMEN.

WELEDA MUSTERPAKETE FÜR HEBAMMEN.

Mit Kennenlerngrössen zur Weitergabe an die von Ihnen begleiteten Familien.

Gleich bestellen! Ganz einfach und kostenlos mit dieser Postkarte.

Welches Paket möchten Sie? (Bitte ankreuzen)

- ☐ Paket mit Schwangerschaftspflegeprodukten
- ☐ Paket ohne Schwangerschaftspflegeprodukte

Wie viele Pakete möchten Sie? (Anzahl bitte eintragen)

☐ Pakete

*Inhalt: in Deutschland (Quelle: Unabhängige Marktforschungsstudie 2017, Deutschland)

Der Versand ist gratis!
1 Paket ist ausreichend für 20 Betreuungen.
Dieses Angebot gilt nur für examinierte/diplomierte Hebammen.
Sind Sie Werdende Hebamme? Sprechen Sie uns direkt an.

Bestellung per E-Mail oder Telefon:
E-Mail: hebammen@weleda.ch / Telefon: 061 705 22 22

Sie
die Kli

- Mit Kennenlerngrössen zur Weitergabe an die von Ihnen begleiteten Familien
- Bestellung: **hebammen@weleda.ch**
  Telefon: 061 705 22 22

MIT WERTVOLLEN BIO INHALTSSTOFFEN · BIO

100 % Zertifizierte NATUR-KOSMETIK