

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

zu den Entwürfen für die Gesundheitsinformationen, IQWiG:

- 1. Mehr Wissen. Wann kommt ein Kaiserschnitt infrage?**
- 2. Mehr Wissen. Wie läuft ein Kaiserschnitt ab?**
- 3. Mehr Wissen. Geburt nach einem Kaiserschnitt:
Wie soll mein Kind zur Welt kommen?**
- 4. Entscheidungshilfe: Geburt nach einem Kaiserschnitt:
Vaginale Geburt oder erneuter Kaiserschnitt?**

Vorbemerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft begrüßt, dass ihre Änderungsvorschläge in den Gesundheitsinformationen zu Indikationen und Ablauf des Kaiserschnitts aus der Version von 2023 weitgehend aufgegriffen wurden. Sie fragt sich aber, warum die Dokumente nicht auf der Seite gesundheitsinformationen.de veröffentlicht wurden.

Umgang mit Unsicherheiten

Jedes Gebären ist einmalig und individuell einzigartig im Erleben der Gebärenden. Dennoch gibt es gewisse Risiken für Störungen und Morbiditäten. Solche Informationen sollten auch erfasst und kommuniziert werden. Die DGHWi ist der Auffassung, dass Größenordnungen oder Wahrscheinlichkeiten für einen Teil der Gebärenden wichtige Informationen sind, um mit diesen Unsicherheiten umzugehen [4]. Deswegen wurde dort wo Größenordnungen jährlich, beispielsweise durch das IQTIG publiziert werden, diese als Änderungsvorschlag ergänzt [6].

Umgang mit Begrifflichkeiten

Aus Perspektive der Hebammenwissenschaft sollte grundsätzlich die aktive Haltung der Frau beim Gebären deutlich werden, auch bei einem Kaiserschnitt. Die DGHWi empfiehlt die Begriffe „Entbindung“/entbinden durch „Geburt“/gebären zu ersetzen.

1. Anmerkungen zur Broschüre: Mehr Wissen. Wann kommt ein Kaiserschnitt infrage?

S.4, 1. Absatz, Anfang	<p>Aktueller Text: Fast jedes dritte Kind in Deutschland wird per Kaiserschnitt geboren.</p> <p>Änderung: Rund jedes dritte Kind in Deutschland wird per Kaiserschnitt (CS) geboren. Damit werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern Europas, wie Dänemark, Schweden, Finnland, Niederlande oder Frankreich relativ viele CS durchgeführt, während in Polen und der Türkei mehr CS stattfinden.</p> <p>Begründung: Hier sollte es "rund" heißen. Laut IQTIG, S. 89 sind in 2024 34,11 % aller Kinder per CS geboren, also mehr als ein Drittel. Damit folgt 2024 einer zeitlichen Tendenz in den Raten der CS in Deutschland [6]. Deutschland gehört im Vergleich zu anderen Ländern in Europa eher zu den Ländern mit hohen Kaiserschnittraten. Die Gründe dafür sind vielfältig und nicht immer eindeutig zu identifizieren. Sie beschränken sich aber nicht auf absolute oder relative Unterschiede in medizinischen Risiken, sondern beruhen oft auf kulturellen Unterschieden. Eine wegweisende Publikation dazu ist der dritte Teil einer Lancetserie zur Vermeidung medizinisch unnötiger Kaiserschnitte [1, 3].</p>
S.4, 2. Absatz, Anfang	<p>Aktueller Text: Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt steht häufig schon Wochen vor der Geburt fest. Manchmal wird aber auch erst kurz vor oder während einer vaginalen Geburt entschieden, das Kind auf diesem Weg auf die Welt zu bringen.</p> <p>Änderung/Ergänzung: Bei weniger als der Hälfte der Kaiserschnitte steht die Entscheidung für diese Operation schon im Vorfeld fest. Bei jedem zweiten Kaiserschnitt wird die Entscheidung erst während der Geburt getroffen.</p> <p>Begründung: IQTIG, S. 89 sind 41,53% aller CS geplante CS, 49,29% sekundäre CS werden also erst nach Wehenbeginn entschieden, bei 9,19 % ist es unbekannt [6]. In dem vorliegenden Text sind die Häufigkeiten falsch dargestellt mit den Begriffen häufig und manchmal.</p>

S.4, 3. Absatz	<p>Aktueller Text: Ein Kaiserschnitt ist eine Bauchoperation, bei der das Baby direkt aus der Gebärmutter (Uterus) geholt wird. Dafür wird ein etwa 8 bis 12 Zentimeter langer Hautschnitt quer in den Unterbauch der Frau gemacht, und zwar etwas oberhalb des Schambeins</p> <p>Änderung: Der Kaiserschnitt ist eine Bauchoperation. Dabei wird das Baby durch einen 8 bis 12 cm langen Bauchschnitt geboren. Er wird quer etwas oberhalb des Schambeins der Mutter gemacht.</p> <p>Begründung: Das Kind kommt immer direkt aus der Gebärmutter. Beim Kaiserschnitt durch die Bauchdecke, bei einer vaginalen Geburt durch die Vagina.</p>
S.5, Mitte, ein vorangegangener Kaiserschnitt	<p>Aktueller Text: Etwa jeder dritte CS wird durchgeführt, weil die Frau vorher schon mindestens einmal per CS geboren hat.</p> <p>Änderung: Wenn eine Frau aber schon mindestens einen CS hatte und erneut ein Kind in Schädellage am Termin auf die Welt bringt, erhalten mehr als sieben von zehn Frauen einen CS. Aber drei von vier Frauen, die nach Beratung durch ihre Hebamme oder Arzt oder Ärztin eine vaginale Geburt nach einem vorhergehenden CS anstrebt, gebären ihr Kind auch vaginal.</p> <p>Begründung: IQTIG, S.25 [5, 6, 9]</p>
S. 5, letzter Absatz	<p>Aktueller Text: Die meisten Kinder haben sich bis zur 37. Schwangerschaftswoche mit dem Kopf nach unten in die optimale Geburtsposition gedreht. Liegt ein Kind bei der Geburt mit dem Po oder den Füßen nach unten, ist das Risiko für Komplikationen etwas höher als bei einer Schädellage.</p> <p>Änderung: zwischen den beiden Sätzen die Ergänzung: Etwa vier von 100 Kindern liegen bei der Geburt in Beckenendlage.</p> <p>Begründung: IQTIG. S. 25 [6]</p>
S. 6, Mehrlinge	<p>Aktueller Text: Mehr als die Hälfte aller Zwillinge werden per Kaiserschnitt entbunden.</p> <p>Änderung: Etwa drei von vier Mehrlingsschwangerschaften, das sind vor allem Zwillinge, werden per CS beendet.</p> <p>Begründung: Falsche Größenordnung, IQTIG, S. 25 [6]</p>
S. 6, Frühgeburt	<p>Änderung: Ergänzung am Ende des Abschnitts: Knapp die Hälfte der Frühgeborenen werden per CS geboren.</p> <p>Begründung: IQTIG: S. 25 [6]</p>

S.6, weitere Geburten	<p>Änderung: Ergänzung am Ende der Seite: Hier sollte ergänzt werden, dass die hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch weitere Geburten CS sein werden, vor dem ersten CS bedacht werden sollte, wenn keine zwingende Indikation besteht. Ggf. sollte das auch weiter oben erwähnt werden.</p>
S.7, Ist ein Kaiserschnitt...	<p>Aktueller Text: Ist ein Kaiserschnitt auch ohne medizinische Gründe möglich?</p> <p>Änderung: Ist ein CS auch möglich, wenn der Wunsch der Frau der einzige Grund ist?</p> <p>Begründung: Es werden in Deutschland vermutlich viele CS durchgeführt ohne medizinischen Grund, sondern aufgrund von kulturell eingeübten geburtshilflichen Handeln, wie nicht qualitativ ausreichender Beratung bei Geburtsängsten uvm. Wesentliche Quellen dazu sind angeführt. Was aber hier gemeint ist, ist, ob Frauen einen CS bekommen können, einfach weil sie es sich wünschen. Auch da wissen wir, dass Frauen oft dafür einen erfolgreichen Weg finden, auch wenn der Wunsch als solcher nicht von den Krankenkassen finanziert wird, erlaubt die ICD und OPS-Codierung genügend Spielräume für diese Entscheidung.</p>
S. 7, Wahl der Klinik, 1. Absatz	<p>Aktueller Text: Das kann unter anderem an der Personalsituation sowie an der Erfahrung der Geburtshelferinnen und -helfer liegen</p> <p>Änderung: Das kann unter anderem an der Personalsituation sowie an der Erfahrung und den Einstellungen der Geburtshelferinnen und -helfer zu vaginalen Geburten liegen.</p> <p>Begründung: Die Einflüsse, die auf unterschiedliche Raten von CS wirken, sind vielfältig.</p>
S. 7 Wahl der Klinik, 2. Absatz	<p>Aktueller Text: So wurde beobachtet, dass Kaiserschnitte in kleineren Abteilungen sowie in Belegabteilungen häufiger vorkommen.</p> <p>Änderung: Hier müsste klargestellt werden, dass es sich hier um ärztliche Belegabteilungen handelt, während das Belegsystem von Hebammen in diesem Zusammenhang keine Rolle spielt.</p>
S.7 , Mitte	<p>Aktueller Text: Manche Frauen haben zum Beispiel Angst vor einer vaginalen Geburt – sei es, dass sie die Wehenschmerzen fürchten oder dass sie bei einer früheren Geburt schlechte Erfahrungen gemacht haben. Andere fürchten längerfristige Nachteile, wie Schäden am Beckenboden, Dammrisse oder sexuelle Beeinträchtigungen.</p> <p>Änderung: Ergänzung: Manche Frauen haben beispielsweise große Angst vor einer vaginalen Geburt. Das betrifft rund 14 von 100 Frauen.</p> <p>Begründung: Größenordnung ergänzen [10].</p>

<p>S. 8 Wann wird entschieden</p>	<p>Aktueller Text: Manchmal zeigt sich schon früh in der Schwangerschaftsvorsorge, dass ein Kaiserschnitt notwendig wird oder zumindest infrage kommt. Änderung: „früh“ streichen. Begründung: Früh ist ausgesprochen ungenau und könnte den Eindruck erwecken, dass von Beginn der Schwangerschaft ein CS feststehen kann.</p>
<p>S.9 Spätere Schwanger- schaften</p>	<p>Aktueller Text: Unklar ist aber, ob das an einer eingeschränkten Fruchtbarkeit liegt oder andere Gründe hat. Änderung: Diesen Satz streichen, da der Informationsgehalt gering ist und die vorhergehenden Sätze den Sachverhalt ausreichend klären.</p>
<p>S. 13, Notsectio</p>	<p>Änderung: Ergänzung: Weniger als vier von 100 Kaiserschnitten sind Not-Kaiserschnitte. Begründung: IQTIG: S. 96 [6]</p>

2. Mehr Wissen. Wie läuft ein Kaiserschnitt ab?

S.4 zweiter Abschnitt	<p>Aktueller Text: Bei Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft kann sich zeigen, dass ein erhöhtes Risiko für Geburtsprobleme besteht – etwa, weil das Kind quer oder mit dem Po voran in der Gebärmutter liegt.</p> <p>Änderung: Die Beckenendlage als Indikation an dieser Stelle streichen.</p> <p>Begründung: im Zusammenhang des Abschnittes entsteht der Eindruck, dass die Beckenendlage wie die Querlage eine absolute CS-Indikation ist. Das ist aber nicht der Fall. Als weiteres Beispiel für eine absolute Indikation wäre die Plazenta prävia totalis möglich.</p>
S.4 primäre Sectio	<p>Aktueller Text: In der Regel wird für den Eingriff ein Termin festgelegt, der etwa eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin liegt – also zu Beginn der 40. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Änderung: Die Möglichkeit, auch bei einem geplanten CS spontane Wehen und damit den auch vom Kind physiologischen bestimmten Geburtsbeginn abzuwarten, könnte erwähnt werden. Textvorschlag: Es kann auch der Beginn von Wehen abgewartet werden.</p> <p>Begründung: Die Festlegung des Termins vorab hat eher organisatorische als medizinische Gründe. Das Abwarten von Wehen ist nicht ungewöhnlich und betrifft alle Geburten, die vor einem geplanten Kaiserschnitttermin losgehen, in jedem Fall.</p>
S. 4 Not-Kaiserschnitt	<p>Änderung: Analog zu den vorhergehenden Abschnitten könnte hier hinter dem Wort Not-Kaiserschnitt der Fachbegriff Cito-Sectio in Klammern ergänzt werden.</p>
S. 6 Übergang in den OP	<p>Aktueller Text: Die Begleitperson erhält OP-Kleidung, eine Haarhaube und einen Mundschutz.</p> <p>Änderung: es wäre sinnvoll folgendes zu ergänzen: Während der Umlagerung der Schwangeren wird die Begleitperson meist gebeten, in der Umkleide oder einem anderen Warteraum zu warten.</p>
S. 6 Peridural-anästhesie	<p>Aktueller Text: Die Frau spürt dann keine Schmerzen mehr, aber noch ein Ziehen oder Drücken, wenn das Geburtshilfe-Team das Kind auf die Welt holt.</p> <p>Änderung: Nur wenige Frauen verspüren dann Schmerzen.</p> <p>Begründung: Es gibt sehr drastische Schilderungen von Frauen, die sehr wohl Schmerzen während der Entwicklung des Kindes erlebten.</p>

<p>S.7./S. 8 Vollnarkose</p>	<p>Änderung: Ergänzung: Die Möglichkeit des Awareness-Phänomens könnte erwähnt werden. / Textvorschlag: In seltenen Fällen ist die Vollnarkose (zur Schonung des Kindes) so oberflächlich, dass die Frau hört, wie das Kind geboren wird und sich später erinnern kann.</p> <p>Begründung: Dieses Phänomen ist für Frauen, die es nicht erwarten, sehr erschreckend und kommt insbesondere bei Notkaiserschnitten verhältnismäßig häufig vor [8].</p>
<p>S.9 Bonding</p>	<p>Aktueller Text: Intensives Kuscheln und Hautkontakt direkt nach der Geburt helfen dem Baby, sich sicher und geborgen zu fühlen und sich an die neue Situation zu gewöhnen.</p> <p>Änderung: Die inzwischen gut belegten physiologischen Vorteile des Hautkontaktes sollten betont werden.</p> <p>Textvorschlag: Unmittelbarer, ununterbrochener Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Neugeborenem und Mutter nach der Geburt hat mehrere gut belegte medizinische Vorteile. Beispielsweise hilft es dem Baby, seine Atmung und Körpertemperatur besser anzupassen. Auch der Stillbeginn gelingt dann leichter.</p> <p>Begründung: Im Moment klingt die Begründung für das Bonding eher nach „nice to have“. [12]</p>
<p>S. 9 Bonding</p>	<p>Aktueller Text: Wenn die Frau eine Vollnarkose hatte oder das Kind medizinisch behandelt werden muss, kann es etwas dauern, bis sie ihr Baby zum ersten Mal in die Arme nehmen kann. Der Beginn des Bondings kann aber nachgeholt werden.</p> <p>Änderung: Der Beginn des Bondings kann nachgeholt werden, kann aber, wenn es der Mutter nicht gut genug geht, auch mit dem Vater oder einer anderen Bezugsperson beginnen, damit das Kind von den Vorteilen des Haut-zu-Haut-Kontaktes profitieren kann.</p>

3. Geburt nach einem Kaiserschnitt: Wie soll mein Kind zur Welt kommen?

S.4, 2. Absatz, vor letztem Satz	<p>Aktueller Text: Außerdem spielt zum Beispiel eine Rolle, wie lange der letzte Kaiserschnitt her ist, wie die Narbe verläuft und wie das Kind liegt.</p> <p>Änderung: Wichtig ist dabei auch, warum bei einer vorherigen Geburt ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde. Mit diesen Informationen können die Ärztin, der Arzt oder ihre Hebammen sie gut beraten.</p> <p>Begründung: Es ist auch für die Frau wichtig, die Gründe für vorherige CS zu kennen und zu benennen. Für die Beratung der professionellen Akteure ist es auch entscheidend, warum die geburtshilfliche Anamnese so ist, wie sie ist.</p>
S.5, 1. und 2. Überschrift	<p>Änderung: vaginale Geburt oder vaginales Gebären</p> <p>Begründung: auch ein CS ist eine Geburt.</p>
S. 5. Erster Abschnitt	<p>Aktueller Text: Von 100 Frauen, die nach einem Kaiserschnitt eine vaginale Geburt versuchen, bringen 75 das Kind auch vaginal zur Welt. Bei 25 ist doch ein Kaiserschnitt nötig.</p> <p>Änderung: Wenn eine Frau schonmal einen CS hatte und erneut ein Kind mit dem Kopf nach unten am Termin auf die Welt bringt, erhalten mehr als sieben von zehn Frauen einen CS. Wenn zuvor aber eine ausführliche Beratung durch ihre Hebamme, oder Arzt oder Ärztin stattfand, gebären drei von vier Frauen ihr Kind vaginal. Bei Frauen, die früher schon einmal vaginal geboren haben, gelingt die erneute vaginale Geburt sogar noch häufiger.</p> <p>Begründung: Die oft verwendete Redensart „Einmal Kaiserschnitt – immer Kaiserschnitt“ stimmt leider auch in vielen Kliniken in Deutschland. Das zeigen auch die Zahlen des IQTIG (73,47%, S. 25) [6]. Das sollte deutlich werden. Auch wenn die hier verwendete Aussage der Literatur entspricht, sind es doch nur relativ wenige Frauen die tatsächlich eine vaginale Geburt nach einem vorhergehenden CS anstreben, diese haben dann aber auch die hier genannten Risiken eines CS [9, 11].</p>

<p>S. 5 Geburtsort</p>	<p>Aktueller Text: Wo ist eine Geburt nach einem Kaiserschnitt möglich? „Viele Kliniken bieten eine vaginale Geburt nach einem Kaiserschnitt an. Beim Vorgespräch mit der Ärztin, dem Arzt und der Hebamme können sich die Eltern erkundigen, wie viel Erfahrung die Klinik oder das Geburtshilfe-Team damit haben. Die Wahl des Geburtsortes spielt hier eine wichtige Rolle. Es sollte eine Geburtsklinik sein, die sich mit Geburten nach einem Kaiserschnitt auskennt und in der - sicherheitshalber – jederzeit ein Kaiserschnitt möglich ist.“</p> <p>Vorschlag: Wo ist eine Geburt nach einem CS möglich? In allen Kliniken in Deutschland, die Geburtshilfe anbieten, können Sie ihr weiteres Kind vaginal oder per CS gebären. Einige Kliniken raten aber grundsätzlich zu einem erneuten CS, wenn schon mal ein CS durchgeführt wurde. Fragen Sie vorab in der Klinik nach, wie es dort gehandhabt wird.</p> <p>Begründung: Hier wird ein sehr grundsätzliches Problem angesprochen. Jede Klinik, die in Deutschland Geburtshilfe anbietet, sollte vaginales Gebären nach einem CS anbieten. Die 24/7 bestehende Möglichkeit einen CS durchzuführen, ist ebenfalls eine grundsätzliche Voraussetzung für klinische Geburtshilfe. Dennoch gibt es große Unterschiede zwischen den Kliniken, ob sie das in der Praxis auch realisieren. Und für die Frauen ist es natürlich wichtig, dass sie wissen in welche Richtung eine Klinik berät.</p>
<p>S. 6 Gründe für einen Kaiserschnitt</p>	<p>Aktueller Text: Was spricht für einen erneuten Kaiserschnitt?</p> <p>Der wesentliche Vorteil ist: Das Risiko für einen Riss der Gebärmutter ist geringer. Denn nach dem ersten Kaiserschnitt bleibt eine Narbe in der Gebärmutter zurück. An dieser Stelle ist das Gewebe nicht mehr so stabil und kann bei einer erneuten Schwangerschaft – meist während der Wehen – reißen.</p> <p>Änderung: Was spricht für einen erneuten Kaiserschnitt?</p> <p>In seltenen Fällen kann in einer erneuten Schwangerschaft ein Riss der alten Kaiserschnittnarbe auftreten, dieses Risiko ist bei einer vaginal geplanten Geburt auf niedrigem Niveau leicht erhöht (etwa 3 von 1000 Frauen mit vaginaler Geburt nach CS und etwa 2 von 1000 Frauen mit geplantem CS).</p> <p>Begründung: In der vorliegenden Form wird zunächst die Vorstellung von einem relevanten Risiko etabliert, wodurch die Frauen und Familien in die Richtung eines erneuten Kaiserschnittes gedrängt werden. Das Wort „meist“ wird verwendet, was auf ein häufiges Ereignis verweist.</p> <p>Daher: Mit der Information beginnen, dass das Risiko für einen Riss der Gebärmutter in allen Fällen gering ist und zuerst die Zahlen nennen.</p> <p>Schreibt man, dass der Unterschied zwischen den Geburtsoptionen bei einer von 1000 Frauen liegt, haben die Leser:innen sofort ein realistisches Bild [2].</p>

S. 7. Wie macht sich ein Riss bemerkbar?	Änderung: Dieser Absatz gehört weiter nach oben, wo davon die Rede ist, dass er meist frühzeitig bemerkt wird.
--	---

4. Entscheidungshilfe: Geburt nach einem Kaiserschnitt: Vaginale Geburt oder erneuter Kaiserschnitt?

S.1, 2. Absatz, vor letztem Satz	<p>Aktueller Text: Das hängt unter anderem davon ab, wie lange der letzte Kaiserschnitt her ist und wie das Kind liegt</p> <p>Änderung: Das hängt unter anderem davon ab, warum ein CS gemacht wurde, wie lange er her ist und wie das Kind liegt</p> <p>Begründung: Es ist auch für die Frau wichtig, die Gründe für vorherige CS zu kennen und zu benennen. Für die Beratung der professionellen Akteure ist es auch entscheidend, warum die geburtshilfliche Anamnese so ist, wie sie ist.</p>
S.1, Mitte	<p>Aktueller Text: erneuter Kaiserschnitt</p> <p>Änderung: erneuter geplanter CS</p>
S. 1, Unten	<p>Aktueller Text: ..sollte eine Klinik wählen, die sich damit auskennt...</p> <p>Änderung: Hier wie oben bereits erwähnt die Frage – muss nicht jede Klinik Erfahrung mit vaginaler Geburt nach CS haben und jederzeit eine CS durchführen können?</p>
S.2 Überschrift	<p>Aktueller Text: erneuter Kaiserschnitt</p> <p>Änderung: erneuter geplanter CS</p>
S. 2, zweite Zeile, rechts	<p>Ergänzung: Etwa 60 von 100 Frauen erhalten einen geplanten CS.</p> <p>Begründung: [11]</p>
S. 2., dritte Zeile, rechts	<p>Aktueller Text: Für alle Frauen.</p> <p>Änderung: Für Frauen, die dies wünschen.</p> <p>Begründung: Es gibt durchaus Frauen, die nach einem (ersten) CS tief enttäuscht und in schlechter körperlicher Verfassung sind und für die ein erneuter geplanter CS nicht in Frage kommt.</p>
S. 2, vierte Zeile, rechts	<p>Aktueller Text: Das Risiko für einen Riss der Gebärmutter...</p> <p>Änderung: Das Risiko eines Risses der alten Kaiserschnittnaht ist minimal geringer.</p>

<p>S. 3, sechste Zeile</p>	<p>Aktueller Text: Das Risiko für einen Riss der Gebärmutter bei einer vaginalen Geburt ist mir zu hoch.</p> <p>Änderung: Ich möchte auf keinen Fall einen ungeplanten Kaiserschnitt, z. B. wegen des äußerst selten vorkommenden Risses in der Gebärmutter bekommen.</p> <p>Änderung: Auch hier weist die Formulierung auf einen nennenswerten Unterschied zwischen den Risiken hin, während tatsächlich der Unterschied in einer betroffenen Frau pro 1000 besteht.</p>
<p>S. 4, dritte Zeile</p>	<p>Aktueller Text: erneuter Kaiserschnitt</p> <p>Änderung: erneuter geplanter CS</p>

5. Literatur

1. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, Zhang J, Musana O, Wanyonyi SZ, Gülmezoglu AM, Downe S. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*. 2018;392(10155):1358-68. doi:10.1016/S0140-6736(18)31927-5.
2. Chen X, Mi MY. The impact of a trial of labor after cesarean versus elective repeat cesarean delivery: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2024; 103(7): e37156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38363952>
3. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report 2015–2019. Available from: <https://www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html>
4. Gigerenzer G. What are natural frequencies? *BMJ*. 2011;343:d6386. doi:10.1136/bmj.d6386.
5. Gross MM, Mattered A, Berlage S, Kaiser A, Lack N, Macher-Heidrich S, Misselwitz B, Bahlmann F, Falbrede J, Hillemanns P, von Kaisenberg C, von Koch FE, Schild RL, Stepan H, Devane D, Mikolajczyk R. Interinstitutional variations in mode of birth after a previous caesarean section: a cross-sectional study in six German hospitals. *J Perinat Med*. 2015;43(2):177-84. doi:10.1515/jpm-2014-0108.
6. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). PM-GEBH: Geburtshilfe (Bundesauswertung). Auswertungsjahr 2025. 2025. Available from: https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2025/pm-gebh/DeQS-RL_PM-GEBH_AJ2025_BUAW_V02_2025-08-15.pdf
7. Lundgren I, Morano S, Nilsson C, Sinclair M, Begley C. Cultural perspectives on vaginal birth after previous caesarean section in countries with high and low rates: a hermeneutic study. *Women Birth*. 2020;33(4):e339-47. doi:10.1016/j.wombi.2019.07.300.
8. Pandit JJ, Andrade J, Bogod DG, Hitchman JM, Jonker WR, Lucas N, Mackay JH, Nimmo AF, O'Connor K, O'Sullivan EP, Paul RG, Palmer JH, Plaat F, Radcliffe JJ, Sury MR, Torevell HE, Wang M, Hainsworth J, Cook TM; Royal College of Anaesthetists; Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia: summary of main findings and risk factors. *Br J Anaesth*. 2014;113(4):549-59. doi:10.1093/bja/aeu313.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after previous caesarean. Patient information. 2016. Available from: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/birth-after-previous-caesarean/>
10. Sarella A, Stavros S, Kirkou G, Iliadou M, Kokkosi E, Bothou A, Chasalevri E, Vivilaki V, Tsotra E. Tocophobia: risk factors, consequences and management – a systematic review of the literature. *Maedica (Bucur)*. 2024;19(2):393-9. doi:10.26574/maedica.2024.19.2.393.
11. Savchenko J, Ladfors L, Hjertberg L, Hildebrand E, Brismar Wendel S. A step towards better audit: The Robson Ten Group classification system for outcomes other than cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022;101(7):827-35. doi:10.1111/aogs.14350.
12. World Health Organization (WHO). e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: systematic review summary.