

**Pflege (Dual) B.Sc.
BACHELORARBEIT**

Reduzierte Eltern-Kind-Interaktion im Stationären Setting

Vorgelegt am 10. Dezember 2025

Minohr, Felix-Joel

1. Prüferin: Fr. Anne Buskohl
2. Prüferin: Fr. Prof. Dr. Miriam T. Richter

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Fakultät Gesundheit
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Background: Parent-Child Interaction (PCI) plays a crucial role in terms of emotional well-being, regulation of stress, and the psychosocial development of children. However, during hospitalization, this interaction is often impaired due to emotional stress and organizational conditions, as well as situational stressors. Nursing professionals work as a central figure, as they support both parents and children and actively support the interaction process.

Goal: The aim of this thesis was to identify factors influencing reduced PCI during hospitalization and to determine nursing interventions that counteract and contribute to the improvement of interaction.

Methodology: A systematic literature research was conducted, which resulted in five studies that met the inclusion and exclusion criteria. One meta-analysis, two randomized controlled studies, a qualitative interview study and a case study. The included studies cover different clinical settings, such as the NICU, emergency department, and regular inpatient care.

Results: Reduced PCI results from a combination of parental, child-related, and structural-organizational factors. Psychological stress experienced by parents led to reduced sensitivity and responsiveness. A lack of guidance, communication barriers, stressful situations in acute settings, and insecurities in handling children were identified as further factors. Educational interventions, attachment-oriented programs such as HUGS, early interventions such as kangaroo care, as well as child-friendly communication, proved to be effective nursing interventions during the course of treatment.

Conclusion: The results highlight the relevance of nursing support in promoting PCI in an inpatient setting. Nursing professionals can reduce barriers to interaction through guidance, emotional support, and communicative measures. At the same time, limited study data indicates the need for further research, especially in different clinical areas and specialties, and taking diverse family forms into account.

Keywords: Parent-Child Interaction, Care, Inpatient care, Sensitivity, Interventions, Communication

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	I
1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	2
2.1 SOZIALE ELTERNSCHAFT	2
2.2 DIE BINDUNGSTHEORIE	3
2.2.1 <i>Das Bindungsverhaltenssystem</i>	4
2.2.2 <i>Bindungsmuster</i>	4
2.3 ELTERN-KIND-INTERAKTION	6
2.4 EINFLUSSFAKTOREN IM STATIONÄREN SETTING	7
2.5 FOLGEN REDUZierter ELTERN-KIND-INTERAKTION	9
3 METHODIK	12
3.1 SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE	12
3.2 AUSWAHL UND BEWERTUNG DER STUDIEN	13
3.2.1 <i>Auswahlprozess der Studien</i>	13
3.2.2 <i>Studienübersicht</i>	15
3.2.3 <i>Bewertung der Studienqualität</i>	17
4 ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE	19
4.1 ÜBERBLICK ÜBER DIE STUDIENERGEBNISSE	19
4.2 URSACHEN REDUZierter ELTERN-KIND-INTERAKTION	20
4.3 IDENTIFIZIERUNG PFLEGERISCHER MAßNAHMEN	21
4.4 ZUSAMMENFASSUNG DER BEFUNDE	25
5 DISKUSSION	26
5.1 INTERPRETATION DER GEFUNDENEN ERGEBNISSE	26
5.2 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PFLEGEPRAXIS	28
5.3 LIMITATIONEN & FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN	29
6 FAZIT	31
LITERATURVERZEICHNIS	33
ANHANG	II
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	XXVII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 (Teil 1): Studienübersicht.....	15
Tabelle 1 (Teil 2): Studienübersicht.....	16

1 Einleitung

Kein medizinischer Eingriff beeinflusst ein Kind so sehr wie die Art, wie Sozialeltern mit ihm interagieren. Insbesondere im Krankenhaus, einem Ort, der für viele Kinder mit Stress und Angst verbunden ist, werden diese Gefühle durch eine unbekannte Umgebung, medizinische Eingriffe und die Trennung von ihren Sozialeltern und nächsten Bezugspersonen ausgelöst. Bereits ab den 1950er Jahren forschten Wissenschaftler*innen wie John Bowlby und Mary Ainsworth. Es wurde die Relevanz von Bindung und Interaktion zwischen Sozialeltern und ihren Kindern beschrieben, wodurch sich im Laufe der Zeit durch weitere Forschung zeigte, dass die Interaktion zwischen Kind und Sozialeltern eine zentrale Rolle für die Bewältigung von Belastungen spielt und wie diese emotionale und physiologische Regulationsprozesse und Entwicklung beeinflussen (Bowlby, 1983; Bretherton, 2013; Spangler & Zimmermann, 2019). Im Kontext des stationären Aufenthalts bestimmt die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion (EKI), ob ein Kind während des Aufenthalts dazu in der Lage ist, Sicherheit zu erfahren, Stress abzubauen und mit diesem umgehen zu können und in der Lage ist, exploratives Verhalten zu zeigen, welches für seine Entwicklung essenziell ist (Bretherton, 2013; Spangler & Zimmermann, 2019).

Gleichzeitig weisen praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Analysen darauf hin, dass die bloße Anwesenheit der Sozialeltern im Krankenhaus nicht automatisch zu einer qualitativ hochwertigen Interaktion führt (Verbeek et al., 2004). Psychische Belastungen der Sozialeltern, fehlende Anleitung, organisatorische Barrieren sowie situative Stressoren können die Interaktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigen (Holt et al., 2021; Verbeek et al., 2004; Xie et al., 2019). Sozialeltern berichten im stationären Kontext oft von Unsicherheit und Überforderung, welche sich negativ auf die Qualität der Interaktion auswirken können (Debelić et al., 2022; Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021; Spangler & Zimmermann, 2019). Während eines Krankenhausaufenthalts sind Kinder somit besonders anfällig, da eine reduzierte Interaktion nicht nur kurzfristig Stress verursacht, sondern auch langfristig emotionale und entwicklungspsychologische Konsequenzen haben kann (Spangler & Zimmermann, 2019).

Die Bedeutung der EKI für das kindliche Wohlbefinden und die daraus resultierenden verbesserten Prognosen und Genesungen ist weitestgehend belegt. Dennoch bleibt die Frage offen, wie Pflegefachpersonen die Interaktion konkret fördern

können, insbesondere dann, wenn diese bereits reduziert ist. Pflegefachpersonen spielen im Klinikalltag eine entscheidende Rolle, da sie sowohl die Bedürfnisse von Kindern wahrnehmen als auch Sozialeltern anleiten, unterstützen und in Interaktionsprozesse einbeziehen können. Aus diesen Überlegungen ergibt sich die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit:

Welche pflegerischen Maßnahmen können zur Interaktionsförderung bei reduzierter Eltern-Kind-Interaktion während stationärer Krankenhausaufenthalte beitragen?

Um diese Frage zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, deren Ergebnisse im weiteren Verlauf dieser Arbeit dargestellt, analysiert und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Pflegepraxis diskutiert werden.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Soziale Elternschaft

In den letzten Jahren hat die Bedeutung von Inklusivität zugenommen. Und so scheint es auch immer mehr umstritten zu sein, als was Eltern genau definiert werden. Häufig wird in gesellschaftlichen und politischen Debatten von Familien ausgegangen, in denen „die rechtlichen Eltern eines Kindes auch biologisch mit ihm verwandt sind [...]“ (Linek et al., 2021, S. 377). Vorstellungen wie diese werden mit Familienkonstellationen, „bestehend aus zwei verheirateten, heterosexuellen Erwachsenen“ (ebd., S. 377) und deren eigenen Kindern verknüpft, was sich, vereinfacht gesagt, auf Vater, Mutter und Kind bzw. Kinder reduzieren lässt (ebd.). Durch die gesellschaftliche Entwicklung und die zunehmend wahrnehmbare Diversität, welche nicht nur auf Familien- oder Lebensformen begrenzt werden müssen, wird das traditionelle Familienbild und die damit einhergehende „kulturelle Selbstverständlichkeit“ (Peuckert 2012, S. 11, zitiert nach Linek et al., 2021, S. 377) vermehrt infrage gestellt (ebd.). So werden Familienformen wie Stief-, Patchwork-, Pflege- oder Adoptivfamilien und noch viele weitere Formen in der Gesellschaft sichtbar (ebd.). Diese Familien fallen unter den Begriff der *sozialen Elternschaft*, welcher in der Wissenschaft der Soziologie etabliert wurde und seither genutzt wird und von der *biologischen Elternschaft* abgegrenzt wird (ebd.). Die Verwendung der sozialen Elternschaft in ihrer Bedeutung „als Sammelbegriff für Familien jenseits der

heterosexuellen Kernfamilie“ (Linek et al., 2021, S. 380) ist für die vorliegende Arbeit allerdings unzureichend, weshalb auf eine weitere Interpretation zurückgegriffen wird. So kann soziale Elternschaft auch als übergeordneter Begriff „für alle familialen Konstellationen [...] verstanden werden.“ (Linek et al., 2021, S. 380). Karin Jurczyk (2017, S. 5) definiert „die soziale Elternschaft [...] als die Übernahme praktischer Verantwortung für Kinder im Prozess des Aufwachsens[...].“, und beschreibt im Weiteren, dass weder rechtliche Anerkennungen, noch leibliche oder genetische Abstammungen ausschlaggebend sind (ebd.). Zusammenfassend wird soziale Elternschaft in der vorliegenden Arbeit als ein umfassendes Konzept angesehen, das sämtliche Familienformen einschließt, in denen Personen unabhängig von rechtlicher oder biologischer Abstammung elterliche Aufgaben wahrnehmen.

2.2 Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie stellt eines der zentralen entwicklungspsychologischen Konzepte dar, um die emotionale Verbindung zwischen einem Kind und seinen Bezugspersonen zu beschreiben und zu erklären. Sie bietet ein theoretisches Fundament, um das Verhalten von Kindern in Stresssituationen, wie bspw. Krankheit oder Trennung, zu verstehen und die Bedeutung elterlicher Präsenz einzuordnen. Zum ersten Mal benannt und vertieft wurde diese Theorie 1969 von John Bowlby unter dem Namen „Theory of Attachment“, und beschreibt damit, wie sich emotionale Beziehungen auf die psychische und soziale Entwicklung eines Kindes auswirken (Bowlby, 1983).

Für die Pflegepraxis, insbesondere im stationären Setting, ist dieses Konzept von hoher Relevanz. Krankenhausaufenthalte können bei Kindern erhebliche Belastungen darstellen (Coyne, 2006; Rennick et al., 2014). Ein Verständnis der Grundlagen der Bindungstheorie ermöglicht es Pflegenden, die Bedeutung elterlicher Nähe hervorzuheben und Interaktion gezielter zu fördern und so das Krankenhaus als kindliche Bewältigungssituation positiv zu beeinflussen.

Im Folgenden werden die zentralen Aspekte der Bindungstheorie nach Spangler und Zimmermann (2019) dargestellt und im Hinblick auf ihre Bedeutung für die EKI während stationärer Aufenthalte diskutiert. Es sollte angemerkt werden, dass in dieser Arbeit der Begriff der sozialen Elternschaft verwendet und präferiert wird. Zur Darstellung der Bindungstheorie werden jedoch die von Spangler und Zimmermann

(2019) gewählten Begriffe *Eltern* bzw. *Bezugspersonen* beibehalten, um deren Konzeptualisierung konsistent wiederzugeben. Gleiches gilt für Kapitel 2.3, in welchem die Eltern-Kind-Interaktion dargestellt wird, da es den Begriff der Sozialeltern-Kind-Interaktion in dieser Form nicht in der Forschung gibt. Der Begriff der EKI wird fortlaufend durch die Arbeit genutzt und meint bzw. schließt implizit alle Formen der Elternschaft mit ein.

2.2.1 Das Bindungsverhaltenssystem

Einer dieser zentralen Aspekte der Bindungstheorie ist das Bindungssystem bzw. Bindungsverhaltenssystem (BVS), welches als biologisches, automatisiertes Regulationssystem gilt und dabei unwillkürlich und situationsabhängig aktiviert wird (Spangler & Zimmermann, 2019). Auslöser für diese Aktivierung sind bspw. Schmerz, Gefahr, Krankheit oder Unbekanntes (ebd.). Kommt es zu einer Aktivierung des BVS durch eine unbekannte Situation wie etwa einen Krankenhausaufenthalt, und das Kind zeigt Verhaltensweisen wie Weinen, Rufen oder Krabbeln, versucht es damit, Nähe zu der Bezugsperson herzustellen (ebd.). Hierbei ist zu beachten, dass nach Spangler und Zimmermann (2019) bspw. das Schreien aufgrund von Überlebensinstinkten wie Hunger unterschiedlicher Natur ist, als die der Näherungsversuche, aber dennoch einen Teil des Beziehungsaufbaus und der Bindung darstellt (ebd.). Um eine sichere Bindung auszubilden, muss die Bezugsperson die Fähigkeit besitzen, auf diese Signale der Näherung durch das Kind zeitnah und adäquat zu reagieren (ebd.; siehe Kapitel 2.2.2). Diese Fähigkeit beschreiben Spangler und Zimmermann als „Feinfühlig[keit]“ (ebd., S. 22) und soll ein Schlüsselfaktor für die eben genannte sichere Bindung darstellen. Daraus entwickeln sich kindliche Erwartungen an Verfügbarkeit und Unterstützung, die das Verhalten und Erleben über die Lebensspanne beeinflussen (ebd.).

2.2.2 Bindungsmuster

Ein weiterer Aspekt der Bindungstheorie sind die Bindungsmuster. Es gibt insgesamt vier benannte Bindungsmuster, welche Strategien beschreiben, mit denen Kinder ihr BSV regulieren (Spangler & Zimmermann, 2019). Diese Regulation findet unbewusst statt und entwickelt sich aus wiederholten Interaktionserfahrungen mit den primären Bezugspersonen (ebd.). Die vier Muster sind *sicher*, *unsicher*

vermeidend, *unsicher-ambivalent* und *desorganisiert*, und jedes Muster ist mit bestimmten Erwartungen an die Reaktion der Bezugsperson verknüpft (ebd.). Die *sichere* Bindung wird mit einer gesunden Entwicklung des Kindes assoziiert, da es hierbei auf ein grundlegendes Urvertrauen in die Eltern zurückgreift (ebd.). Sie entsteht, wenn „ein Kind die Zuversicht besitzt, daß [sic] seine Eltern oder Elternfiguren verfügbar, feinfühlig oder hilfsbereit sein werden, wenn es in bedrohliche oder ängstigende Situationen kommt.“ (ebd., S. 24), was als adäquate Reaktion interpretiert werden kann. Die *unsicher-vermeidende* Bindung wird mit geringem Bindungsverhalten und gedämpften Trennungsreaktionen assoziiert (ebd.). Sie ist „das Ergebnis ständiger Zurückweisung durch die Mutter, wenn sie sich tröst- oder schuttsuchend an sie wandten.“ (ebd., S. 25). Eine *unsicher-ambivalente* Bindung zeigt sich durch widersprüchliche Annäherungs- und Widerstandsreaktionen, wobei die Ursache auf inkonsistente Reaktionen der Bezugsperson auf Näherungsversuche des Kindes zurückzuführen ist (ebd.). Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindung haben häufig Trennungsängste und sind „ängstlich in der Erkundung [der] Umwelt“ (ebd., S. 25). Das vierte und letzte Bindungsmuster ist das der *desorganisierte* Bindung. Kinder mit einer desorganisierten Bindung zeigen verunsicherte, widersprüchliche oder dysregulierte Verhaltensweisen (ebd.). Dieses Muster wird mit schwereren Störungen in der elterlichen Fürsorge oder Traumatisierung in Verbindung gebracht (ebd.). Es gibt hierbei verschiedene Formen, wie sich eine solche Bindung zeigen kann. Spangler und Zimmermann (2019) nennen einige Beispiele für Verhaltensweisen, während Bezugspersonen der Kinder anwesend sind, wie etwa (plötzliche) Erstarren oder unpassende emotionale Reaktionen, wie Lächeln beim Weinen u. a. (ebd.).

Aus allem Vorangegangenen lässt sich ableiten, dass Bindung selbst, funktional betrachtet, drei Aufgaben hat. Diese Aufgaben sind eng miteinander verknüpft und setzen sich zusammen aus dem Schutz bei Gefahr, der Regulation von Affekten und Stress sowie der Förderung explorativen Verhaltens (Spangler & Zimmermann, 2019). Besonders relevant für die Pflege ist in diesem Fall der Aspekt der Stressregulation. Kinder mit sicherer Bindung zeigen in Stresssituationen meist effizientere Regulationsstrategien, beruhigen sich schneller und erholen sich oft auch besser (ebd.). Interventionen, welche elterliche Feinfühligkeit stärken, die Kontinuität der Versorgung sichern und Trennung minimieren, sind geeignete Ansatzpunkte, um Bindungsfunktionen zu unterstützen (ebd.). Maßgeblich ist somit nicht nur die bloße

Anwesenheit der Eltern, sondern deren Fähigkeit zur responsiven Interaktion sowie die organisatorischen Bedingungen, die solche Interaktionen ermöglichen oder hemmen (ebd.).

2.3 Eltern-Kind-Interaktion

Um die Verknüpfung zwischen dem Begriff der EKI und der Bindung herzustellen, sollte der Wortursprung von Interaktion vorerst genauer betrachtet werden. So leitet sich das Wort *Interaktion* aus den zwei lateinischen Begriffen *inter* (z. Dt. *zwischen*) und *actio* (z. Dt. *Handlung, Tätigkeit*) ab und beschreibt damit eine wechselseitige Beeinflussung zwischen Personen oder auch Systemen (Köbler, 1995). Bezieht man diese Bedeutung nun auf den Gesamtbegriff der Eltern-Kind-Interaktion, beschreibt dieser somit das Handeln zwischen Eltern und dem eigenen Kind. Da hierbei mindestens zwei Personen interagieren, handelt es sich um eine soziale Interaktion (Bergius, 2022). Aktuellere Studien gehen bei Interaktionen von einem dyadischen Prozess aus, im Gegensatz zu einer unidirektionalen Sichtweise, in welcher lediglich das soziale Elternteil als Ursache und das Kind als Wirkung angesehen werden, wodurch nun beide Interagierende in den Fokus rücken (Bretherton, 2013). Wie in Kapitel 2.2 bereits näher erläutert, erfüllt Bindung drei eng miteinander verzahnte Funktionen (Spangler & Zimmermann, 2019). Diese Funktionen werden allerdings nicht isoliert wirksam, sondern zeigen sich immer innerhalb konkreter Interaktionsprozesse zwischen den Sozialeltern und dem Kind (ebd.). Damit bildet die Qualität der EKI die zentrale Grundlage dafür, ob und wie effektiv die Bindung und Bindungsfunktionen unter Belastung, wie etwa einem Krankenhausaufenthalt, aufrechterhalten werden können.

Besonders im Krankenhaus ist die Schutzfunktion am ehesten sichtbar. Unbekannte Abläufe, körperliche und medizinische Eingriffe oder Schmerzen aktivieren das BVS des Kindes, wodurch es bspw. Nähe, Blickkontakt oder Körperkontakt durch seine Sozialeltern sucht (Spangler & Zimmermann, 2019). Daran schließt die Funktion von Stress- und Affektregulation an. Die Stressreaktion des Kindes wird maßgeblich durch die Sozialeltern beeinflusst, je nachdem, in welcher Art sie auf die Signale des Kindes eingehen (ebd.). Feinfühlige und verfügbare Eltern können hierbei zur Beruhigung des Kindes beitragen und erleichtern die Anpassung an die ungewohnte Umgebung (ebd.). Fällt eine solche Interaktion geschwächt aus, bspw. aufgrund von

Trennung oder elterliche Unsicherheit, steigt das Stressniveau des Kindes und die Bindung und Interaktion wird deutlich belastet (Bretherton, 2013; Spangler & Zimmermann, 2019). Erst wenn das Kind sich ausreichend sicher fühlt, sprich, die ersten beiden Funktionen der Bindung positiv erfüllt worden sind, kann die Förderung explorativen Verhaltens, überhaupt erst folgen. Explorationsverhalten äußert sich darin, dass Kinder damit beginnen, ihre Umgebung zu erkunden, zu spielen oder mit Fachpersonal in Kontakt zu treten (Spangler & Zimmermann, 2019). Damit zählt Explorationsverhalten als ein direkter Indikator dafür, dass vorangegangene Bindungsfunktionen erfolgreich wahrgenommen und, noch viel wichtiger, unterstützt wurden.

Damit wird deutlich, dass EKI der sichtbare Ausdruck der Bindung ist und gleichzeitig der Mechanismus, über den Bindungsfunktionen im Krankenhaus überhaupt wirksam werden können. Die Art und Weise, wie Eltern auf kindliche Signale reagieren, bestimmt, ob Bindung Schutz bietet, Stress reduziert und Exploration ermöglicht.

2.4 Einflussfaktoren im stationären Setting

Es gibt verschiedene Gründe dafür, warum es für ein Kind zu einem Krankenhausaufenthalt kommt. Die Möglichkeiten reichen von planbaren, elektiven Aufnahmen bis hin zu den unplanbaren Notfällen. Wie bereits in vorherigen Kapiteln mehrmals beispielhaft erklärt, stellen Krankenhausaufenthalte eine Belastungssituation dar, egal ob es sich bei dem*der Patient*in um ein Kind oder eine erwachsene Person handelt. Ein zentraler Einflussfaktor für Kinder ist die räumliche und/oder funktionale Trennung von den Sozialeltern. Schon kurze Trennungen können bei Kindern, abhängig von Alter und angelerntem Bindungsmuster, Unsicherheit, Angst, Protest oder Rückzugsgefühle auslösen (Bretherton, 2013; Spangler & Zimmermann, 2019). Da das Bindungsverhaltenssystem vor allem auf die (Wieder-)Herstellung von Nähe und Bindung ausgerichtet ist, kann eine eingeschränkte oder gänzlich fehlende Präsenz der Sozialeltern die kindliche Stressregulation erheblich beeinträchtigen (Bretherton, 2013). Des Weiteren muss der Anlass für eine stationäre Aufnahme oder Einweisung eines Kindes bedacht werden, nämlich eine Erkrankung, ungeachtet ihrer Natur, sprich: egal ob akut oder chronisch, psychisch oder physisch, denn krank sein selbst kann ein großer Stressfaktor sein (Carlson et al.,

2023; Turner & Kelly, 2000). Dennoch sei hier angemerkt, dass vor allem im jungen Alter, abhängig von der Erkrankung, der Umgang mit und die Anpassung an chronische Erkrankungen durch die Entwicklung von Coping-Strategien und Resilienz über eine längere Zeit besser gelingen als bei akuten Erkrankungen, da dies eine kurzfristigere und schnellere Anpassung erfordert (Compas et al., 2012). Zur Trennung von den Sozialeltern kommt noch hinzu, dass das Krankenhaus i. d. R. eine unbekannte Situation darstellt, welche mit vielen potenziellen Stressoren einhergeht. Stetig wechselnde und fremde Personen des Krankenhauspersonals, ungewohnte Routinen, medizinische Geräte, Schmerzen, invasive Eingriffe, reichend von Medikamentengabe per Spritze bis hin zur Operation, und eine insgesamt resultierende sensorische Überreizung (DeGuzman et al., 2024). Diese gesamten Umgebungsfaktoren aktivieren das BVS fast dauerhaft, was sich darin zeigt, dass das Kind ein verstärktes Nähebedürfnis signalisiert, vermehrt Körperkontakt sucht oder auch regressives Verhalten zeigt (Bretherton, 2013; Spangler & Zimmermann, 2019).

Auch für Sozialeltern entstehen erhebliche Belastungen durch den allgemein veränderten Gesundheitszustand des Kindes, aber auch organisatorische Herausforderungen durch die Vereinbarung von Arbeit und Familie und ein allgemeines Gefühl von Mangel an Kontrolle. Meist werden diese Situationen von Schlafmangel begleitet, durch die Ungewohntheit und schlagartig veränderte Situation (Zdun-Ryżewska et al., 2021). Sind Sozialeltern dieser Stresssituation ausgesetzt, wird die Fähigkeit, angemessen und schnell auf kindliche Signale zu reagieren, vermindert, wobei auch die soziale Verfügbarkeit eingeschränkt ist, sprich: die Feinfühligkeit wird kompromittiert (Zdun-Ryżewska et al., 2021). Diese Kompromittierung kann verschiedene Formen annehmen, wie Interaktionsabbrüche und Missverständnisse zwischen Sozialeltern und Kindern, aber auch eine Verringerung der sozialen Unterstützung (Zdun-Ryżewska et al., 2021). Ein immer häufigeres Problem, welches in Akutsituationen und besonders in Notaufnahmen auftritt, ist eine erhöhte Aggressivität von Patient*innen, aber auch deren Sozialeltern (Kaeser et al., 2018). Somit ist die emotionale Kontrolle bei den Aggressor*innen mit eingeschränkt, was sich mit der Verminderung der Feinfühligkeit und einhergehenden Fähigkeiten zwischen Sozialeltern und Kind deckt und somit eine universelle Dysfunktion in der Regulierung eigener Emotionen in Akut- und Stresssituationen besteht.

Dadurch, dass sowohl Sozialeltern als auch Kind Stress in dieser Situation empfinden und diese Emotionen die Bindung beeinflussen, da diese, wie in Kapitel 2.2 erläutert, abhängig von der Reaktion auf Annäherungsversuche des Kindes ist, hat dies zur Folge, dass die Qualität der EKI unmittelbar beeinflusst wird (Bowlby, 1983; Spangler & Zimmermann, 2019). Ein Kind benötigt in neuen, ungewohnten Situationen mehr Unterstützung als normalerweise im Alltag; gleichzeitig fällt es aber belasteten Sozialeltern schwerer, diesen Bedarf an Unterstützung und angemessene Reaktionen zu leisten (Aftyka et al., 2017; Spangler & Zimmermann, 2019). Krankenhausstrukturen können diesen Effekt noch weiter verstärken, durch einen festen, aber ungewohnten Tagesablauf, Personalmangel, fehlende Rückzugsmöglichkeiten oder auch limitierte Besuchszeiten und Kapazitäten, wobei zu Letzterem angemerkt werden sollte, dass vermehrt, vor allem auf pädiatrischen Stationen, längere Besuchszeiten bis hin zur Mitaufnahme eines Sozialelternteils eher der heutigen Norm entsprechen und vermehrt eingeführt werden (Keane et al., 1986).

Für die pflegerische und interdisziplinäre Versorgung bedeutet dies, dass stationäre Aufenthalte ein erhöhtes Risiko für eine vorübergehende Beeinträchtigung von Bindungsfunktionen darstellen und damit einhergehende Komplikationen auftreten können, welche in der Versorgung berücksichtigt werden sollten. Pflegefachpersonen übernehmen eine zentrale Rolle, indem sie einen Rahmen schaffen, der Nähe zwischen Sozialeltern und Kind ermöglicht, die Interaktionsfähigkeit der Sozialeltern stärkt und Stress reduziert, um so ein möglichst positives Outcome für die frühkindliche Entwicklung und die Bindung zu fördern.

2.5 Folgen reduzierter Eltern-Kind-Interaktion

EKI wirkt sich im Kontext des stationären Krankenhausaufenthaltes nicht nur auf das emotionale Erleben des Kindes aus, sondern beeinflusst auch dessen Stressregulation, Kooperationsfähigkeit sowie die gesamte Beziehungsgestaltung innerhalb der Pflege. Da besonders bei Krankheit das BVS aktiviert ist, kann fehlende elterliche Co-Regulation vielfältige Folgen haben, welche sowohl kurzfristig in Form von Belastungsreaktionen auftreten als auch langfristig die Beziehungs- und Bewältigungsmuster beeinflussen können (Canga et al., 2020).

Wie sich aus vorangegangenen Kapiteln entnehmen lässt, hat ein Krankenhausaufenthalt sehr starke Auswirkungen auf Stress und die sozialelterliche Bindung zum

Kind. Kinder zeigen durch fehlende sozialelterliche Präsenz und damit einhergehende fehlende Interaktion erhöhte physiologische Stressreaktionen (Bretherton, 2013; Spangler & Zimmermann, 2019). Diese Stressreaktionen sind vor allem geprägt durch die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin sowie CRH und ACTH (Menche, 2016). Durch die Ausschüttung dieser Hormone erhöht sich die „Herzfrequenz und -kontraktionskraft“ (Menche, 2016, S. 187), sowie die Durchblutung innerer Organe (Menche, 2016). Kurzum, der Körper bereitet sich darauf vor, kurzfristig eine Stresssituation zu bewältigen (Menche, 2016). Problematisch wird es vor allem dann, wenn dieser Stress nicht abnimmt und der Körper dann unter Dauerstress steht, denn die Ausschüttung von Glukokortikoiden, welche auf Dauer das Schlafverhalten negativ beeinflussen und das Immunsystem schwächen, führt dazu, dass der Körper anfälliger für Infektionen wird und diese nur langsamer überwunden werden können (Menche, 2016). Die Schwierigkeit für Versorger*innen wie Pflegekräfte besteht somit darin, zu erkennen, dass Stressverhalten oft Resultat von Trennungsreaktionen ist und nicht rigoroser Unkooperativität.

Reduzierte EKI wirkt sich auf die Emotionen des Kindes aus, was sich durch bspw. erhöhte Angst, Unsicherheit und das Gefühl von Kontrollverlust widerspiegelt (Bretherton, 2013; Spangler & Zimmermann, 2019). Schwerwiegendere Folgen sind ein erhöhtes Risiko für Trennungsangst, Regressionen in frühkindliches Verhalten wie vermehrtes Weinen, Anhänglichkeit bis hin zur sekundären Enuresis (Bretherton, 2013; Menche, 2019; Spangler & Zimmermann, 2019). Auch eine eingeschränkte Verhaltensregulation geht mit eingeschränkter Kontrolle der eigenen Emotionen einher, weshalb Kinder häufiger gereizt oder auch rückgezogener sind und aggressiveres Verhalten zeigen können, wobei diese Verhaltensweisen häufig als schlechte Erziehung fehlinterpretiert werden, obwohl sie Anzeichen für Stress und eingeschränkte EKI und Bindung darstellen können (Commodari, 2010). Durch diese emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen besteht auch das Risiko, dass die Kooperationsbereitschaft mit Gesundheitsversorger*innen wie Pflegenden oder Ärzt*innen reduziert ist. Durch verminderte EKI fehlt eine wichtige Quelle emotionaler Sicherheit durch die Sozialeltern, wodurch das Gefühl von Alleinsein aufkommt und das Kind damit weniger Vertrauen hat und folglich weniger kooperativ mit den Gesundheitsversorger*innen ist, vor allem bei schmerzhaften oder unangenehmen Behandlungen (Bevilacqua et al., 2021). Hinzu kommt, dass durch Angst und Verunsicherung die Behandlungen und daraus resultierenden Erfahrungen

schlechter verarbeitet werden (Bevilacqua et al., 2021). Sozialeltern haben die Funktion, zu beruhigen, zu trösten und Nähe zu bieten (siehe Kap. 2.2). Ohne diese Ressourcen fehlen dem Kind wichtige Strategien, um mit dem Erlebten umzugehen, woraus im schlimmsten Fall traumatische Erfahrungen resultieren (Bevilacqua et al., 2021, 2021; Spangler & Zimmermann, 2019). Im Umkehrschluss kann EKI die Compliance der Kinder und das Vertrauen in Versorger*innen stärken und damit die Aussichten auf einen Behandlungserfolg verbessern.

Die Quintessenz aus allem Vorangestellten ist, dass eine reduzierte Interaktion zwischen Sozialeltern und Kind **nicht** bedeutet, dass einfach nur weniger Interaktion stattfindet, sondern dass verringerte Interaktion immer einen Stressor darstellt, und dies auf sowohl physiologischer als auch emotionaler und verhaltensbezogener Ebene. Nach der Bindungstheorie stellt Bindung ein Stressregulationssystem und Sozialeltern die wichtigste externe Stressregulationsinstanz eines Kindes dar (Bowlby, 1983; Spangler & Zimmermann, 2019). Auf physiologischer Ebene tragen Nähe, Trost, Berührung und Responsivität dazu bei, Stresshormone zu reduzieren (Menché, 2016). Fehlt nun diese Regulation, gerät das kindliche Stresssystem schneller und länger aus der Balance (Gunnar & Donzella, 2002). Das heißt, dass weniger Interaktion mit weniger Co-Regulation einhergeht und daraus (mehr) Stress entsteht.

Wie in Kapitel 2.3 benannt, ist Interaktion ein dyadischer Prozess, was bedeutet, dass eine reduzierte EKI nicht nur das Kind, sondern auch seine Sozialeltern betrifft. Besonders unmittelbar nach Aufnahme in eine Klinik zeigen viele Sozialeltern emotionale Reaktionen wie Unsicherheit, Angst oder Überforderung (Youngblut et al., 2005). Diese Art von Gefühlen entsteht oft aus Sorge um die Gesundheit des Kindes und der Angst, den eigenen elterlichen Anforderungen nicht gerecht werden zu können (Debelić et al., 2022; Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021). Studien weisen darauf hin, dass bereits in frühen Phasen des Krankenhausaufenthaltes der Kinder Sozialeltern vermehrt Stress und Hilflosigkeit empfinden, besonders dann, wenn sie ihr Kind nicht begleiten können (Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021). Mit zunehmender Dauer der reduzierten Interaktion, besonders wenn Sozialeltern ihr Kind nur begrenzt pflegen, beruhigen oder körperlich halten dürfen, können zusätzlich Gefühle von Kontrollverlust, Schuld, Verunsicherung, aber auch Rollenverlust auftreten (Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021). Viele Sozialeltern beschreiben, dass sie ihre elterliche Kompetenz nicht ausüben können und sich dadurch in der eigenen

Elternrolle zurückgesetzt fühlen (Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021). In der Literatur wird dies teils als „parental role alteration“ bezeichnet und gilt als einer der stärksten Stressoren im kinderstationären Kontext (Lisanti et al., 2021). Diese Belastungen können sich sowohl emotional durch Niedergeschlagenheit oder Sorgen, kognitiv durch vermehrtes Nachdenken und Unsicherheiten in Entscheidungen als auch physiologisch durch Schlafprobleme äußern (Debelić et al., 2022; Lisanti et al., 2021; Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021).

3 Methodik

3.1 Systematische Literaturrecherche

Um die vorangestellte Fragestellung zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche auf den Literaturdatenbanken PubMed, CINAHL und peDOCS sowie eine Handrecherche in der Thieme-Zeitschriften-Datenbank, dem Bibliothekskatalog HIBS der HAW Hamburg und dem Bibliothekskatalog Katalogplus der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg durchgeführt.

Die Literaturrecherche in PubMed und CINAHL wurde am 14.10.2025 durchgeführt. Für die Erfassung relevanter Suchbegriffe wurde die Fragestellung mithilfe des SPIDER-Schemas nach Cooke et al. (2012) analysiert und operationalisiert. Daraus ergaben sich Begriffsfelder wie *Eltern* und *Kinder*, *Eltern-Kind-Interaktion* und *Pflegeinterventionen* sowie weitere (siehe Anhang 1). Eine Liste relevanter Suchbegriffe wurde auf Basis der operationalisierten Fragestellung erstellt und um englische Übersetzungen und Synonyme ergänzt (siehe Anhang 2). Des Weiteren wurde für die Datenbank PubMed die Medical-Subject-Headings (MeSH-Term) -Funktion genutzt, ebenso in CINAHL die Major/Minor-Headings (MH)-Funktion. Diese Begriffe wurden dann mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft und so zu einem einzelnen Suchstring kombiniert und dann in die erweiterte Suchfunktion eingefügt. Die genaue Kombination der Operatoren und die Wahl der Begriffe für die Datenbanken können aus Anhang 3 und 4 entnommen werden.

Die Literaturrecherche in peDOCS wurde am 23.10.2025 durchgeführt, welches eine Datenbank spezialisiert auf Erziehungswissenschaften und Bildungsforschung ist. Durch den Unterschied in den Themenfeldern zwischen PubMed und CINAHL, welche sich auf Medizin und Pflege fokussieren, und peDOCS ist es nicht möglich gewesen, den bereits bestehenden Suchstring für peDOCS ungefiltert zu übernehmen. Durch diverse Kombinationen der bereits bestehenden Begriffe ergab sich ein

Suchstring bestehend aus deutschen und englischen Begriffen wie *Eltern*, *Kinder* und *Eltern-Kind-Beziehung*. Aus Anhang 5 lassen sich die genaue Kombination und die verwendeten Begriffe entnehmen. Die verwendeten Begriffe wurden in der erweiterten Suchfunktion eingesetzt und mit booleschen Operatoren verbunden. Die in der Tabelle zu findenden *Index Terms* sind das Äquivalent zu den bspw. MeSH-Terms in PubMed.

Die ergänzende Handrecherche wurde am 06.11.2025 in den Bibliothekskatalogen der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HIBS) sowie der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg (Katalogplus) und am 07.11.2025 in der Thieme-Zeitschriften-Datenbank durchgeführt. Ziel war es, zusätzlich relevante Literatur in Form von bspw. Büchern und anderen Literaturformen zu identifizieren, welche nicht in den zuvor genannten Datenbanken gefunden werden können. Aufgrund der eingeschränkten Suchfunktionen dieser Kataloge erfolgte die Recherche über einfache Stichwortsuchen mit Begriffen wie *Eltern-Kind-Interaktion*, *Kindesentwicklung* und *Beziehungsförderung im Krankenhaus*. Treffer wurden anhand der Titel und Abstracts auf Relevanz zur Fragestellung überprüft. Eingeschlossen wurden Fachzeitschriftenartikel, Monografien und Buchkapitel mit pflegerischem oder entwicklungspsychologischem Bezug. Die Handrecherche diente somit der Ergänzung der systematischen Datenbankrecherche, um insbesondere praxisorientierte und deutschsprachige Quellen zu erfassen, die in den vorangestellten internationalen Datenbanken zum Großteil nicht verfügbar waren. Auf Basis der Forschungsfrage wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, um die Relevanz und Qualität der gefundenen Literatur sicherzustellen.

3.2 Auswahl und Bewertung der Studien

3.2.1 Auswahlprozess der Studien

Der Auswahlprozess, der aus der systematischen Literaturrecherche und Handrecherche gewonnenen Studien, wird im Folgenden näher erläutert. Nach dem Entfernen von Duplikaten wurden die verbleibenden Studien anhand zuvor festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.

Eingeschlossen wurden Studien, die sich auf pflegerische Maßnahmen zur Förderung der EKI während eines stationären Krankenhausaufenthaltes und auf die Ursachen reduzierter EKI bezogen. Weitere Einschlusskriterien waren das Alter der

Zielgruppe und die Zielgruppe selbst, sprich Kinder im Alter zwischen null und zwölf Jahren sowie dazugehörige Sozialeltern. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich ausschließlich auf medizinische Interventionen, psychotherapeutische Maßnahmen ohne pflegerischen Bezug oder auf Situationen außerhalb des stationären Settings konzentrieren. Zusätzlich wurden nur deutsch- oder englischsprachige Volltexte berücksichtigt, welche zwischen 2000 und 2025 veröffentlicht wurden. Dieser gewählte Zeitraum liegt darin begründet, dass sich zu Beginn der 2000er Jahre herum das Konzept der familienzentrierten Versorgung, auch bekannt als Family-Centered Care, zunehmend in der Kinderkrankenpflege etabliert hat. Damit einher gingen strukturelle Veränderungen in der stationären Versorgung, eine stärkere Einbindung von Sozialeltern in den Pflegeprozess sowie veränderte Rollenbilder in der EKI, wie sich aus Studien wie Butler et al., 2017 und Davies, 2010 entnehmen lässt. Ältere Studien könnten hierbei die Vergleichbarkeit und Einordnung dieser Entwicklung ermöglichen. Dieser Ansatz ist aber irrelevant für die Beantwortung der Forschungsfrage und wird aus diesem Grund nicht berücksichtigt. Zusammenfassend lässt sich die Literaturrecherche folgendermaßen zusammenfassen: Nach der Sammlung sämtlicher Quellen aus diversen Datenbanken wurden 1.653 Studien identifiziert, woraus neun Studien aufgrund von Duplikaten verworfen werden mussten. Nach Sichtung des Titels und des Abstracts wurden jeweils 1.497 und 48 Studien ausgeschlossen. Zuletzt wurden Studien auf Ein- und Ausschlusskriterien sowie Verfügbarkeit geprüft, wodurch jeweils 90 und vier Studien ausgeschlossen werden mussten, was zu einem Resultat von fünf Studien führt. Der gesamte Auswahlprozess ist im Flowchart-Diagramm nach dem PRISMA Schema nach Page et al. (2021) (siehe Anhang 6) dargestellt.

3.2.2 Studienübersicht

Erster Autor, Jahr	Studienart	Intervention			Teilnehmer Stichproben- größe (n)		Für die Überprüfung relevante Ergebnisse (verwendete Bewertung)		Bewertungszeit- raum	Qua- lität
		Beschreibung	Art der Durchfüh- rung	Anzahl und Länge der Sit- zungen	Charakteristi- ken der Eltern	Kindesalter	Eltern	Kind		
Shah, 2016	Meta-Analyse (13 Eingeschlossene RCTs/Quasi-RCTs)	Primärversorgungs- basierte Eltern-Inter- ventionen mit Fokus auf positive Parenting- Verhaltensweisen (z. B. Buchver- teilung, EKI-Förde- rung)	Kinder- ärzte und Entwick- lungsfach- kräfte	Variiert von 3 bis 15 Sitzun- gen	Elternteile (überwiegend Mütter), oft Familien mit niedrigem Ein- kommen bzw. Medicaid	<36 Monate	Elternverhalten: signi- fikant bessere EKI (SMD $\approx$ 0.29, 95 % CI 0.06–0.52, $p < .0001$) & mehr Teilnahme an kognitiv stimulieren- den Aktivitäten (z.B. Lesen) (SMD $\approx$ 0.34, 95 % CI 0.03–0.54)	Kindliche Outcomes (Sprache, Verhal- ten, Kognition): In einzelnen einge- schlossenen Stu- dien heterogen; Ver- halten und Verhal- tenstestung meist keine konsistente Verbesserung.	Unterschiedlich je Einzelstudie; da Meta-Analyse – kein einheitliches Follow-Up; Inter- ventionen liefen über Monate (6– 24) und Messzeit- punkte variierten stark.	
Holt, 2021	RCT-Studie	Zusatzintervention „HUGS“ (group-ba- sed mother-infant in- teraction interven- tion) nach kognitiver Verhaltenstherapie bei postnataler De- pression	Psycholo- gen (2), Pädiatri- sche Pfl- gekraft (1)	9-wöchige Gruppen-CBT; 4 HUGS- Gruppensit- zungen á 1,5h oder 4 Sitzun- gen Con- trolled- Play- group á 1,5h	n = 77 Mut- ter–Kind-Dya- den (Interven- tion: n = 38; Kontrolle: n = 39) Mütter: mit di- agnostizierter schweren oder leichten Depression	< 12 Mo- nate bei Einschluss	Mutter-Kind-Interak- tion (MKI): Verbesse- rung bei HUGS → af- fektive Beteiligung & verbale Kommunika- tion Weniger gestörte Bin- dung (PBQ)	Keine signifikanten Unterschiede in frühkindlicher Ent- wicklung zwischen den Gruppen.	Follow-Up 6 Mo- nate nach HUGS.	
Xie, 2019	RCT-Studie	Frühzeitige Eltern-In- teraktion mit dem Frühgeborenen im NICU (Eltern-Enga- gement, tägliche In- teraktionen, Aktivitä- ten wie Massage, vi- suelle Stimulation) zusätzlich zur übli- chen Pflege.	Pflegekraft	8 Hauptsitzun- gen + 1 Sit- zung nach Entlassung Zusätzlich eine 10-minü- tliche Spielsit- zung	n = 151 Müt- ter/Frühgebo- rene Dyaden insgesamt. Charakteris- tika: Frühge- burt. Weitere Charakteris- tika nicht spe- zifiziert	Frühgebo- rene (NICU) – Alter: ge- messen bis 12 Monate postnatal.	Risiko für „late post- partum depression“ (EPDS); Bayley Behavior Rat- ing Scale, Maternal competencies assess- ment Monash Mother- Infant-Interaction scale, Dyadic Mutual- ity Code, and Mother- Infant/Toddler Play Scale	Keine signifikanten Unterschiede in früherer oder späte- rer Entwicklungs- /Verhaltenskompe- tenz. Verwendete Asses- sment-tools: NAPI, Griffiths Men- tal Development Scales	Follow-up bis 12 Monate nach Ge- burt (12 Monate postnatal) für kind- liche und mater- nale Outcomes.	

Tabelle 1 (Teil 1): Studienübersicht (eigene Darstellung)

Erster Autor, Jahr	Studienart	Intervention			Teilnehmer Stichprobengröße (n)		Für die Überprüfung relevante Ergebnisse (verwendete Bewertung)		Bewertungszeitraum	Qualität
		Beschreibung	Art der Durchführung	Anzahl und Länge der Sitzungen	Charakteristiken der Eltern	Kindesalter	Eltern	Kind		
Grahn, 2016	Qualitative Interviewstudie	Keine Intervention im experimentellen Sinne; Ziel war die Beschreibung, wie pädiatrische Pflegekräfte mit Kindern im Alter von 3–6 Jahren in der Notaufnahme interagieren	Semi-strukturierte Einzelinterviews mit 7 pädiatrischen Pflegekräften	N/A	Keine Eltern: n = 7; Pflegekräfte mit 5–40 Jahren Berufserfahrung	Betrachtete Altersgruppe 3–6 Jahre (nur indirekt über Schilderungen in Interviews).	Drei zentrale Themen: 1. Grundlegendes für gute Begegnungen 2. Anpassungen der Pflegekräfte an die Kinder 3. Limitierende Faktoren Rein qualitative Analyse.	N/A	Kein definierter Follow-Up-Zeitraum (qualitative Querschnittsuntersuchung)	
Verbeek, 2004	Fallstudie	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie der mütterlichen Depression; Interaktionstherapie (Videofeedback, Verhaltensbeobachtung, Kontingenzmanagement); Förderung der sozio-emotionalen Entwicklung des Kindes	Interdisziplinäre Versorgung	Gesamtdauer: 3,5 Wochen stationär; Tägliche psychotherapeutische Kontakte: 3×/Woche Interaktionstherapie; 2×/Woche Depressionsbehandlung; 1× Kunsttherapie ergänzend: Videofeedback, Verhaltensanalyse, Rollenspiele Kind täglich 2×2 Std. im therapeutischen Spielbereich Paar wurde 2× einbezogen	n = 1 Mutter-Kind-Dyade 34 Jahre, mittelgradige depressive Episode, hohe psychosoziale Belastung (8/11 Faktoren im FAI), Alphabetismus, Alleinerziehend, partnerschaftliche Konflikte	2,5 Jahre, Frühgeborener (30. SSW), globale Entwicklungsverzögerung (~4 Monate), emotionale Störung, ausgeprägte Essensprobleme, Wutanfälle, Schlafstörungen	Deutliche Reduktion depressiver Symptome (BDI ↓); Besseres Selbstvertrauen und deutlich verbesserte Erziehungskompetenzen; Stabilere Alltagsstruktur Mutter-Kind-Beziehung deutlich verbessert	Weniger Wutanfälle, besseres Essverhalten, besseres Durchschlafen; Entwicklungsschritte sichtbar, aber weiterhin leichte Verzögerungen	Messzeitpunkte: T0: Beginn T1: Ende des stationären Aufenthalts T2: 6 Monate später T3: 12 Monate später Positive Effekte stabil über 1 Jahr.	

Tabelle 1 (Teil 2): Studienübersicht (eigene Darstellung)

3.2.3 Bewertung der Studienqualität

Die in Tabelle 1 zu sehenden Studien sind das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche. Jede der fünf Studien wurde mit einem dem Studientyp angepassten Assessment-Tool des Joanna-Briggs-Instituts (JBS) bewertet. Aufgrund der verschiedenen Studiendesigns (Meta-Analyse, RCTs, Interview- und Fallstudie) wurden jeweils spezifische Kriterien für die Bewertung herangezogen. Insgesamt zeigte sich ein breites Spektrum methodischer Qualität, welches von hoher Vertrauenswürdigkeit bis hin zu deutlichen Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit reichte. Um einen vollumfänglichen Eindruck zu erhalten, werden auch nicht-hochqualitative Studien eingeschlossen, aber in ihrer Gewichtung in Relation angepasst.

Shah et al. (2016) erzielten nach der JBI-Checkliste für systematische Reviews und Meta-Analysen eine hohe methodische Qualität (siehe Anhang 7). Die Studie weist eine klar formulierte Fragestellung, eine systematische und reproduzierbare Suchstrategie sowie transparente Ein- und Ausschlusskriterien auf. Die eingeschlossenen Studien wurden unter anderem mithilfe des Cochrane Risk of Bias Tool bewertet, und die statistische Synthese, inklusive einer Heterogenitätsanalyse, wurde durchgeführt. Durch methodische Transparenz und Einbeziehung mehrerer randomisierter Studien besitzt die Arbeit eine hohe Evidenzstärke und liefert robuste Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit primärversorgungsbezogener EKIs. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die einbezogenen Studien der Meta-Analyse vor allem die primäre Versorgung betrachten, die Interventionen allerdings im Krankenhaus durchgeführt wurden und aus diesem Grund mit in diese Arbeit eingeschlossen wird.

Die randomisierte kontrollierte Studie von Holt et al. (2021) zeigte nach der JBI-RCT-Checkliste (siehe Anhang 8) eine hohe Qualität. Die Randomisierung war klar beschrieben, die Intervention manualisiert, was eine Reproduktion der Studie und möglicher Studienergebnisse ermöglicht, und die eingesetzten Messinstrumente (ERA, PBQ, PSI) weisen eine hohe Validität auf. Durch die Kombination aus standardisierter Vorbehandlung und klar definierter Zusatzintervention Happiness, Understanding, Giving and Sharing (HUGS) ist die interne Validität besonders hoch. Insgesamt liefert die Studie verlässliche Evidenz zur Wirksamkeit kurzer, bindungsorientierter Interventionen. Obwohl die berichteten Effekte inhaltlich relevant

erscheinen, verfehlten sie die statistische Signifikanz ($p > 0.05$), was die Interpretation der Wirksamkeit vorsichtig bleiben lässt.

Auch die Studie von Xie et al. (2019) erreichte eine gute bis hohe Qualität in der Evaluation durch die JBI-RCT-Checkliste (siehe Anhang 9). So wurde die Randomisierung angemessen dargestellt. Allerdings lagen einige methodische Einschränkungen vor, welche die vorgenommene Abwertung der Studienqualität rechtfertigen. Beispielsweise unzureichende Angaben zur verdeckten Zuteilung sowie nur eine teilweise beschriebene Charakterisierung der teilnehmenden Sozialerlern. Zudem handelt es sich um eine Intervention im Kontext einer Neonatalstation, weshalb eine Verblindung der Beteiligten ethisch nicht vertretbar und möglich war. Die Intervention Insgesamt überwiegt jedoch die methodische Stärke der Studie, sodass die Ergebnisse als belastbar eingestuft werden können. Gleichzeitig verfehlten die gemessenen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe die statistische Signifikanz ($p > 0.05$), was die Aussagekraft der Effekte einschränkt, jedoch nicht zwingend gegen eine potenzielle Wirksamkeit spricht.

Die qualitative Interviewstudie von Grahn et al. (2016) wurde anhand der JBI-Kriterien für qualitative Forschung (siehe Anhang 10) beurteilt und zeigt eine mittlere Qualität. Die methodische Vorgehensweise wurde nachvollziehbar beschrieben. Allerdings ist die Reflexivität der Forschenden, insbesondere hinsichtlich der Beziehung zwischen interviewenden und teilnehmenden Personen, nur eingeschränkt thematisiert. Zudem begrenzen die kleine Stichprobe sowie der spezifische institutionelle Kontext die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Dennoch erlaubt die Arbeit wertvolle Einblicke in Interaktionsprozesse zwischen Pflegepersonal und Kindern im Notaufnahmehereich.

Die letzte Studie, eine Fallstudie von Verbeek et al. (2004), wurde nach der JBI-Checkliste für Kasuistiken (siehe Anhang 11) bewertet und aufgrund ihres Designs als qualitativ gering bis mittel eingestuft. Grundsätzlich hervorzuheben sind die sehr ausführliche Beschreibung des Fallverlaufs, die multiperspektivische Diagnostik und das langfristige Follow-up über zwölf Monate. Dennoch bestehen vor allem Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse, da es sich um eine Einzelfallbeschreibung handelt und die Ergebnisse stark kontextspezifisch und anfällig für Bias sind. Die Studie eignet sich daher vor allem zur Hypothesengenerierung und zum Abgleich mit anderen Ergebnissen ähnlicher Studien, nicht jedoch zur Ableitung allgemeiner Wirksamkeitsannahmen.

Zusammenfassend zeigen die fünf Studien ein heterogenes Qualitätsniveau: Zwei randomisierte kontrollierte Studien und eine Meta-Analyse weisen eine hohe bis sehr hohe methodische Qualität auf und ermöglichen belastbare Aussagen zur Wirksamkeit der untersuchten Interventionen. Die qualitative Studie liefert wertvolle kontextuelle Informationen, jedoch mit begrenzter externer Validität. Die Fallstudie wiederum bietet tiefe Einblicke in einen spezifischen therapeutischen Verlauf, erfüllt jedoch nur eingeschränkt die Anforderungen empirischer Wirksamkeitsforschung.

4 Ergebnisse der Literaturrecherche

4.1 Überblick über die Studienergebnisse

Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, wurden nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien insgesamt 5 Studien eingeschlossen. Dabei handelt es sich um eine Meta-Analyse, zwei randomisierte kontrollierte Studien sowie jeweils eine qualitative Interview- und Fallstudie. In diesem Kapitel werden die allgemeinen Charakteristika der gefundenen Studien zusammengefasst und dargestellt. Die Studien stammen aus den USA, Australien, China, Schweden sowie Deutschland und decken die Bereiche der regulären stationären Versorgung, der Neonatologie (NICU) sowie der (Kinder-)Notaufnahme ab. Dabei reicht die Altersspanne der einbezogenen Kinder von Frühgeborenen ab der 28. Schwangerschaftswoche (SSW) bis hin zu sechs Jahren. Nur wenige der Studien betrachten eine Sozialeltern-Kind-Bindung, sondern fokussieren sich eher auf die Mutter-Kind-Dyade. Das Durchschnittsalter der Sozialeltern in den diversen Studien hält sich im Bereich von 30 bis Mitte 30. Aus den Studien lassen sich aufgrund der Ergebnisse zwei Schlüsse ziehen. Zum einen, wie und welche pflegerischen Maßnahmen dabei helfen können, die EKI zu verbessern, und zum anderen, was die Ursachen reduzierter EKI sind. Die Ursachen lassen sich hierbei sowohl aus den Ergebnissen als auch aus den Charakteristiken der Studienteilnehmenden ableiten. Ein Großteil der eingeschlossenen Studien berichtet übereinstimmend, dass sowohl psychische Belastungen der Sozialeltern als auch strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen des Krankenhausalltags eine zentrale Rolle bei der Beeinträchtigung der Interaktionsqualität spielen. Gleichzeitig zeigen mehrere Studien, dass gezielte pflegerische Interventionen, beispielsweise edukative, emotionale oder strukturelle Unterstützungsangebote, positive Effekte auf die Interaktion zwischen Sozialeltern und Kind haben können.

Die folgenden Kapitel 4.2 und 4.3 vertiefen diese thematischen Schwerpunkte, wobei zunächst die in der Literatur identifizierten Ursachen reduzierter EKI dargestellt werden, bevor im Anschluss die pflegerischen Maßnahmen beschrieben werden, die zur Verbesserung der Interaktion beitragen können.

4.2 Ursachen reduzierter Eltern-Kind-Interaktion

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zeigen, dass reduzierte EKI im stationären oder behandlungsbezogenen Kontext vor allem durch psychische Belastungen der Sozialeltern, mangelnde Anleitung und Unterstützung durch Fachpersonal sowie strukturelle und situative Rahmenbedingungen beeinflusst wird.

Ein zentraler Fokus und Befund in einem Großteil der Studien betrifft die psychische Verfassung der Mütter. Vor allem im Bereich der Neonatologie ist die psychologische Erkrankung der postpartalen Depression (auch bekannt als Wochenbettdepression) (PPD) ein bestehendes Thema und betrifft 10–15% der Mütter (Stand: 2016; Xie et al., 2019). Zwei der eingeschlossenen Studien zeigen, dass insbesondere eben diese Erkrankung und damit einhergehende Symptomatiken mit einer reduzierten Interaktion und Responsivität gegenüber dem eigenen Kind einhergehen. Verbeek et al. (2004) beschreiben, dass depressive Mütter im stationären Setting häufig weniger feinfühlig reagieren, weniger Blickkontakt herstellen und Schwierigkeiten haben, positive Bindungssignale wahrzunehmen. Des Weiteren leidet auch in manchen Fällen die grundlegende Versorgung der Kinder und der damit einhergehende Aufbau von Bindung, wodurch im schlimmsten Fall Verhaltensstörungen beim Kind auftreten können (Verbeek et al., 2004). Auch Holt et al. (2021) bestätigen diese Grundannahme und führen diese weiter aus mit geringer emotionaler Verfügbarkeit von Müttern, was eine Interaktion mit dem eigenen Kind erheblich beeinträchtigt. Xie et al. (2019) zeigen in ihrer Studie, dass Stress und emotionale Überforderung im Kontext einer Frühgeburtlichkeit zu einem Rückzug der Sozialeltern aus der Interaktion führen können. Besonders im Rahmen von Frühgeburten fällt es Sozialeltern häufig schwer, Berührungen zuzulassen, da sie die Situation und das Kind als besonders vulnerabel sehen, weshalb sie dazu neigen, Nähe zu vermeiden, aus Angst, dem eigenen Kind Schaden zuzufügen (Xie et al., 2019). Insbesondere der Aspekt der Angst betont, wie relevant die professionelle Aufklärung und Unterstützung der Sozialeltern ist.

Ein weiterer zentraler Faktor stellt eine mangelnde Anleitung durch medizinisches und pflegerisches Personal dar. Shah et al. (2016) zeigen in ihrer Meta-Analyse, dass Sozialeltern, ungeachtet der Situation, ohne strukturierte Unterstützung häufig unsicherer in ihren Interaktionshandlungen sind und förderliche Verhaltensweisen nicht intuitiv anwenden (können). Wenn Sozialeltern nicht über das benötigte Wissen verfügen, um entwicklungsfördernde Interaktionen mit ihrem Kind zu haben, stellt dies damit ein zentrales Hindernis für eine gelungene EKI dar (Shah et al., 2016). Der letzte in den eingeschlossenen Studien genannte Faktor stellt die Kommunikationsbarriere, wie in der qualitativen Studie von Grahn et al. (2016) beschrieben, dar. So können Sprachbarrieren in Behandlungssituationen die EKI, aber auch die Interaktionsqualität selbst beeinträchtigen (ebd.). In akuten Versorgungssituationen, wie etwa in der Notaufnahme, sind Interaktionen häufig dysfunktional, da Stress, Zeitdruck und fehlende kindgerechte Kommunikation das Verhalten sowohl der Pflegekräfte als auch der Kinder beeinflussen (ebd.). Dadurch entsteht eine indirekte Reduktion der EKI, da Sozialeltern unter Umständen nicht ausreichend angeleitet oder in die Situation eingebunden werden (ebd.). Durch die Sprachbarriere können auch Verunsicherung und Stress bei den Sozialeltern entstehen, was sich wiederum negativ auf die EKI übertragen kann (ebd.).

In der Fallstudie von Verbeek et al. (2004) zeigt sich, wenn auch nicht deutlich, dass auch vom Kind ausgehend die EKI reduziert werden kann, wenn auch indirekt. Das Problem ist, dass, sobald sich bei einem Kind ein Bindungsmuster gefestigt hat, sich die EKI auch vonseiten des Kindes aus verändert. Hat das Kind nicht die Motivation dafür, die Interaktion mit dem eigenen Sozialelternteil zu suchen, oder ist es durch gefestigte negative Bindungsmuster im Aufbau von Bindung eingeschränkt, ist es schwierig, aus diesen Mustern wieder rauszukommen und das Verhalten zu ändern, wie es in der Fallsituation beobachtet werden kann (Verbeek et al., 2004).

Die Einflussfaktoren reduzierter EKI bilden für das nachfolgende Kapitel die Grundlagen für die Maßnahmen, die zur Erhöhung bzw. Verbesserung der Qualität und Quantität der EKI potenziell beitragen können.

4.3 Identifizierung pflegerischer Maßnahmen

Aus den eingeschlossenen Interventionen lassen sich mehrere pflegerische und therapeutische Maßnahmen ableiten, die nachweislich in unterschiedlicher

Gewichtung zur Förderung von EKI beitragen können. Dabei lassen sich die Interventionen in drei Kategorien einteilen: edukative Interventionen, emotionale Unterstützung und bindungsorientierte Programme sowie kommunikativ-pflegerische Maßnahmen. Eine zentrale Maßnahme, die in mehreren Studien hervorgehoben wird, ist die strukturierte Anleitung der Sozialeltern. Shah et al. (2016) zeigen, dass evidenzbasierte edukative Interventionen wie Elterntrainings, entwicklungspsychologische Kurzprogramme oder Anleitungen im Umgang mit Säuglingen die Qualität der Interventionen signifikant verbessern. Insbesondere niedrigschwellige, alltagsorientierte Anleitung durch Fachpersonal fördert positive Verhaltensweisen wie Blickkontakt, verbale Interaktion oder körperliche Zuwendung, unter der Bedingung, dass diese Interventionen regelmäßig durchgeführt werden, um eine Routine in den Alltag der Familie zu bringen und die Qualität der EKI konstant aufrechtzuerhalten (Shah et al., 2016).

Darüber hinaus zeigen Programme bzw. Interventionen wie HUGS (Holt et al., 2021), dass bindungsorientierte Kurzinterventionen im Zusammenhang mit Säuglingen (< 12 Monate) dabei unterstützen können, die Interaktion zu fördern, insbesondere bei Müttern mit depressiven Symptomatiken. Das Programm umfasst Elemente wie die Beobachtung des eigenen Kindes und dessen Signale sowie Verhaltensweisen und Entwicklung, aber auch die Reflexion der eigenen Elternrolle sowie die Anleitung zur emotionalen Sensitivität und vor allem Reflexion bei bspw. verzerrter Wahrnehmung des eigenen Kindes (Holt et al., 2021). Kurzum, das Ziel von HUGS ist es, die Feinfühligkeit der Mutter zu erhöhen. Konkret leitet Pflege- und Fachpersonal die Sozialeltern an, Blickkontakt zu halten, wenn das Kind ihn sucht, mimische Reaktionen des Kindes zu spiegeln und eine sprachliche Stimulation durchzuführen (Holt et al., 2021). Die Ergebnisse der Intervention und der Studie zeigen, dass diese Form von Interventionen sowohl die Interaktionsqualität als auch die emotionale Verfügbarkeit und Kontrolle der Mütter potenziell verbessern kann (Holt et al., 2021).

Die Studie von Xie et al. (2019) betont die Bedeutung von früher Einbindung der Sozialeltern in die Versorgung, insbesondere bei Frühgeborenen. Da Frühgeborene oft auf einer Intensivstation liegen, haben Sozialeltern es grundsätzlich schwerer, natürliche Gelegenheiten zur Interaktion zu haben (Xie et al., 2019). Hinzu kommt, dass der Zugang zum Kind auf NICU-Stationen oft durch Inkubatoren eingeschränkt ist und durch fehlende Routine im Handling die Selbstsicherheit von Sozialeltern

leidet, was wiederum zu rückzügigem Interaktionsverhalten führen kann (Xie et al., 2019). Vor allem bei frühgeborenen Kindern ist es schwierig, das Bonding kurz nach der Geburt durch bspw. Skin-to-Skin-Kontakt zu fördern, weshalb es wichtig ist, Interventionen wie Kangaroo-Care so früh wie möglich und so lang wie möglich durchzuführen, da hierbei eine bessere Entwicklung und Heranreifung des Kindes, vor allem des Gehirns, erzielt werden kann (Xie et al., 2019). Sozialeltern von Frühgeborenen zeigen oft Berührungsängste und Unsicherheiten beim Handling, was in einer Art Übervorsichtigkeit resultiert (Xie et al., 2019). Maßnahmen wie Kangaroo Care, Anleitung zur sanften Berührung und die aktive Einbindung in pflegerische Abläufe können gegen diese Folgen wirken und die Interaktionshäufigkeit steigern und langfristig das Risiko depressiver Symptome der Sozialeltern reduzieren (Xie et al., 2019). Hieraus wird deutlich, dass pflegerische Interventionen, die Nähe und aktive Beteiligung fördern, einen doppelten positiven Effekt erzeugen. Zum einen stärken sie EKI und zum anderen auch das psychische Wohlbefinden der Sozialeltern.

Neben den elternfokussierten Maßnahmen zeigt die qualitative Studie von Grahn et al. (2016), dass kindgerechte Kommunikation durch Pflegefachpersonen ebenso wichtig für die Verbesserung der EKI ist wie andere Interventionen für andere Einschränkungsfaktoren und sich hierbei indirekt auf die Interaktion auswirkt. Pflegerische Strategien und Regeln der Kommunikation, wie sich auf Augenhöhe begeben, klare und beruhigende sowie einfache Sprache zu nutzen, kindgerechte Erklärungen der nächsten Schritte einer Behandlung und die aktive Einbeziehung der Sozialeltern, schaffen ein Setting, das Interaktion erleichtert und sich positiv auf eine bereits stressige Akutsituation auswirken kann (Grahn et al., 2016). Vor allem für eine kindgerechte Erklärung kann es hilfreich sein, Materialien zu zeigen und, je nach Intervention, diese auch vorzumachen. Auch das Schaffen einer ruhigen Umgebung sowohl vor als auch während der Versorgung durch das Bereitstellen von Spielmaterialien oder die Verwendung von Ablenkungstechniken trägt zu einer positiven Erfahrung bei (Grahn et al., 2016). Die Einbeziehung der Sozialeltern kann herausfordernd sein, wenn etwa Sprachbarrieren bestehen, aber auch, ohne dabei den Fokus auf das eigentliche Kind als Patient*in zu verlieren (Grahn et al., 2016). Die Studie legt den Fokus vor allem auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Kind und hebt dabei hervor, dass Pflegefachkräfte eine Schlüsselrolle als Vermittler*innen zwischen Kind, Sozialeltern und medizinischer Situation einnehmen und

damit eine feste und wichtige Rolle darin spielen, wie Kinder die Krankenhaus-situation wahrnehmen und verarbeiten (Grahm et al., 2016).

Auch wenn die Studie von Verbeek et al. (2004) qualitativ am geringsten im Vergleich zu den anderen inkludierten Studien ist, bietet sie doch umfassende Hinweise darauf, welche Maßnahmen zur Förderung der EKI beitragen können. Ein zentraler Bestandteil der Intervention war der Einsatz des Videofeedbacks, durch welches es möglich für die Mutter war, das eigene Verhalten besser zu reflektieren und kindliche Signale andersperspektivisch wahrzunehmen (ebd.). Die Videoaufnahmen von Essens-, Spiel- und Schlafsituationen ermöglichten es, negative Interaktionsmuster sichtbar zu machen, aber auch positive Aspekte aufzuzeigen (ebd.). Diese Art von Wahrnehmungsschulung fördert die Feinfühligkeit der Mutter und stärkt ihre Fähigkeit, die Bedürfnisse und Reaktionen ihres Kindes korrekt oder zumindest besser zu interpretieren (ebd.). Einhergehend mit dem Videofeedback war die Förderung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten der Mutter, die Bedürfnisse ihres Kindes angemessen wahrzunehmen und zu beantworten, von großer Wichtigkeit (ebd.). Negative Gedanken wie *Ich mache alles falsch* sollen dabei reduziert werden, um zur emotionalen Stabilisierung beizutragen (ebd.). Ein weiterer wichtiger Aspekt der Therapie ist die Anleitung zur Strukturierung zentraler Alltagsroutinen. Pflege- und therapeutische Fachkräfte unterstützten die Mutter darin, verlässliche und klare Strukturen für Essens-, Schlaf- und Interaktionssituationen zu etablieren, wozu feste Essenszeiten, ritualisiertes Zubettgehen und ein konsekutives Vorgehen im Umgang mit Wutanfällen gehörten (ebd.). Dieses Vorgehen hat den doppelten Vorteil, dass das Kind Orientierung und Sicherheit erfährt und die Mutter gleichzeitig entlastet wird und mehr Stabilität im Alltag hat (ebd.). Auf der Kehrseite dieses Falles steht aber auch das Kind. Hierbei stand die „sozio-emotionale Entwicklungsförderung des Kindes“ (ebd., S. 51) im Vordergrund, welche zum Ziel hatte, die Autonomie zu stärken (ebd.). Um dies zu erzielen, wurden Interventionen zur Verbesserung motorischer und sozialer Kompetenzen durchgeführt (ebd.). Letzter Bestandteil der Intervention, oder besser gesagt der Therapie, ist die Einbeziehung externer Hilfsangebote wie Jugendhilfen oder Familienberatungen, um eine sichere Überleitung zurück in die Häuslichkeit zu gewährleisten und die Versorgung aufrechtzuerhalten (ebd.). Insbesondere dieser Aspekt unterstreicht die Wichtigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit. Auch wenn es sich hierbei nur um einen einzelnen Fall handelt und dazu noch um einen Extremfall, zeigen die Ergebnisse, dass

Pflegemaßnahmen vor allem dann hilfreich sind, wenn die Eltern-Kind-Dyade ganzheitlich betrachtet wird und über die Akutsituation hinaus, sprich die Überleitung in die eigene Häuslichkeit oder nachfolgende Versorgung, weitergedacht wird.

4.4 Zusammenfassung der Befunde

Die Auswertung der eingeschlossenen Studien zeigt, dass reduzierte EKI während stationärer oder behandlungsbezogener Aufenthalte durch diverse Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen entsteht, welche sich aus dem Zusammenwirken elterlicher, kindlicher und strukturell-organisatorischer Einflussfaktoren ergibt. Die psychische Belastung der Sozialeltern spielte hier in mehreren Studien eine zentrale Rolle, wobei insbesondere depressive Symptome als Hauptform dargestellt werden. Vor allem Mütter mit PPD weisen in den Studien ähnliche Charakteristika wie eine verminderte Feinfühligkeit, eingeschränkte Responsivität und geringere emotionale Verfügbarkeit auf, Charakteristika, die unmittelbare Folgen auf die Interaktionsqualität haben (Holt et al., 2021; Verbeek et al., 2004; Xie et al., 2019). Es zeigt sich auch, dass Interaktionsqualität und -verhalten durch situative Belastungen im Rahmen von akuten Notfallsituationen in der Notaufnahme, intensivmedizinischer Versorgung sowie Frühgeburten zusätzlich erschwert werden. Letzteres geht vor allem mit fehlender Routine mit vulnerablen Kindern, Unsicherheiten im Handling und genereller Berührungsangst einher und hat zur Folge, dass sich Sozialeltern eher zurückziehen und damit gleichzeitig spontane und natürliche Interaktion bzw. Interaktionsangebote reduziert werden (Grahm et al., 2016; Xie et al., 2019). Interaktionsstörungen sind in der Beziehungsdyade zwischen Sozialeltern und Kind nicht nur von den Sozialeltern ausgehend, sondern können auch durch das Kind verstärkt werden, bspw. durch ein verändertes, negatives Bindungsmuster oder eine beeinträchtigte sozio-emotionale Entwicklung. Die Interaktionsstörungen treten hierbei wechselseitig auf und verstärken sich gegenseitig (Verbeek et al., 2004). Eine weitere bedeutsame Schlussfolgerung betrifft die Qualität und Quantität pflegerischer und medizinischer Anleitung. Mehrere Studien haben verdeutlicht, dass fehlende Informationen, unzureichende Edukation und Anleitung sowie mangelnde Unterstützungsangebote seitens der Pflegekräfte und des medizinischen Personals Unsicherheiten, Stress und Fehlinterpretationen verstärken (Shah et al., 2016). Dieses Problem wird verstärkt, wenn akute Situationen wie die Einlieferung in die

Notaufnahme oder eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten durch bspw. Sprachbarrieren auftreten (Grahn et al., 2016; Shah et al., 2016).

Den beschriebenen Ursachen stehen verschiedene pflegerische Maßnahmen gegenüber, die eine Verbesserung der Qualität und Quantität sozialer Interaktion mit dem Kind ermöglichen. Edukation und regelmäßige Anleitungen stärken und fördern die Handlungssicherheit und das Erkennen von Bedürfnissen und reduzieren gleichzeitig Ängste und Stress (Shah et al., 2016). Bindungsorientierte Programme wie HUGS (Holt et al., 2021) sprechen zudem emotionale Belastungen an und erhöhen die Feinfühligkeit der Sozialen, während Maßnahmen wie Kangaroo-Care (Xie et al., 2019) oder die aktive Einbindung in pflegerische Routinen Nähe und Selbstwirksamkeit stärken (Verbeek et al., 2004). Als Letztes verdeutlichte die Strategie kindgerechter Kommunikation, dass durch Transparenz gegenüber Sozialen und Kindern Interaktionsbedingungen verbessert werden und das Potenzial zur Entlastung besteht (Grahn et al., 2016).

5 Diskussion

5.1 Interpretation der gefundenen Ergebnisse

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zeigen, dass reduzierte EKI in stationären und behandlungsbezogenen Kontexten vor allem durch psychologische, situative und strukturelle Faktoren beeinflusst werden. Sie zeigen aber auch, dass es Möglichkeiten seitens der Pflege gibt, dagegen zu steuern. In Kapitel 2.3 wurde bereits angesprochen, dass die EKI eine Dyade darstellt, da Interaktionen wechselseitiger Natur sind. Die Ergebnisse zeigen aber, dass die EKI durch *drei* Faktoren oder auch Variablen, sprich eine Triade, in stationären Kontexten beeinflusst wird: die Sozialen, das Kind sowie der strukturell-organisatorische Einflussfaktor, also die unmittelbare Umgebung.

Zunächst verdeutlichen die Befunde, dass die EKI im stationären Kontext sehr vulnerabel ist, da nicht nur das Kind, sondern auch die Sozialen in einer belastenden und stressigen Ausnahmesituation interagieren. Hohe Belastungen reduzieren die kognitive und emotionale Verfügbarkeit, wodurch die Feinfühligkeit und Umsetzung von Interaktionssignalen deutlich erschwert werden, wie bereits in Kapitel 2.3 angemerkt. Psychische Erkrankungen wie Depressionen und damit assoziierte Symptome wie Zurückgezogenheit, verringerter Antrieb und negative Selbstwahrnehmung können diesen negativen Effekt zusätzlich verstärken. Die

Studienergebnisse stützen damit die zentralen Annahmen der Bindungstheorie, wonach Eltern-Kind-Bindung von Sensibilität und Responsivität abhängig ist.

Auch der Befund, dass Anleitung und Edukation wichtige Einflussfaktoren darstellen, lässt sich vor dem theoretischen Hintergrund einordnen, dass Sozialeltern als Versorgungsteam mit dem Kind interagieren. Die Voraussetzung dafür ist allerdings, dass insbesondere Wissen, Handlungssicherheit und die Fähigkeit zur aktiven Einbindung vorhanden sind. Die Studien verdeutlichen, dass diese Grundprinzipien im Klinik- und Stationsalltag nicht konsequent umgesetzt werden, woraus klar wird, dass es eine Lücke zwischen Theorie und praktischer Umsetzung gibt.

Organisatorische und systemische Probleme zeigen sich durch die Identifizierung von Kommunikations- und Sprachbarrieren. Hierbei wird die Interaktion nicht nur durch Elternmerkmale beeinflusst, sondern durch organisatorische Strukturen. Es muss beachtet werden, dass Interaktion immer in Machtverhältnisse, Zeitdruck, sprachliche Verständigung und räumliche Gegebenheiten eingebettet ist, und damit insbesondere die Berücksichtigung der kindlichen Perspektive im stationären Setting einhergeht, da vor allem Kinder tendenziell unter hoher emotionaler Belastung und Stress stehen und damit Interaktionsangebote anders verarbeiten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Ursachen und möglichen Interventionen zur Förderung der EKI nicht isoliert betrachtet werden können. Unter der Betrachtung der Triade der Einflussfaktoren zeigt sich die Notwendigkeit integrativer und interdisziplinärer Strategien, welche sowohl psychosoziale als auch handlungsorientierte Elemente berücksichtigen.

Im Rahmen der in dieser Arbeit beantworteten Fragestellung wurden aufgrund der definierten Ein- und Ausschlusskriterien ausschließlich Studien aus dem stationären bzw. behandlungsbezogenen Setting wie der Notaufnahme berücksichtigt. Dadurch musste ein großer Teil der Forschung zur EKI, insbesondere umfangreich erforscht im ambulanten Versorgungssektor, ausgelassen werden. Zahlreiche Studien im ambulanten Setting weisen hierbei wichtige Hinweise auf weitere Einflussfaktoren und Interventionen auf, sowohl auf Seiten der Sozialeltern als auch der Kinder und ihrer Umgebung. Gerade im ambulanten Bereich wird die EKI häufig im Zusammenhang mit entwicklungspsychologischen oder neuropsychiatrischen Erkrankungen wie ADHS oder Autismus untersucht (DeGuzman et al., 2024; Kamp-Becker & Poustka, 2025; Wu et al., 2025). Zugleich kann die Annahme aufgestellt werden, dass Interventionen aus dem ambulanten Bereich ebenso im stationären Setting

angewandt werden können. Aufgrund des Studiendesigns kann allerdings keine belastbare Aussage darüber getroffen werden, inwiefern diese Interventionen im stationären Setting vergleichbare Effekte erzielen. Daher scheint es sinnvoll, bereits in der ambulanten Versorgung etablierte Interventionen und Konzepte systematisch hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit im stationären Umfeld zu prüfen. Bei Übertragungen dieser Form müssen allerdings immer Faktoren wie personelle Ressourcen, zeitliche Rahmenbedingungen und organisatorische Abläufe kritisch reflektiert und empirisch getestet werden. Insgesamt weist dieser Aspekt darauf hin, dass die Trennung zwischen stationärem und ambulantem Versorgungskontext in der Forschung grundsätzlich aus der methodischen Perspektive sinnvoll sein kann, in der Versorgungspraxis aber nicht in der Form trennscharf abgegrenzt ist. Eine stärkere Verzahnung beider Forschungsstränge wäre dahingehend sinnvoll, um ein umfassenderes Verständnis der EKI in unterschiedlichen Versorgungssituationen zu ermöglichen.

5.2 Implikationen für die Pflegepraxis

Die gewonnenen Erkenntnisse lassen mehrere praxisrelevante Schlussfolgerungen zu. Vor allem zeigt sich, dass Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle in der Förderung von EKI einnehmen. Sie agieren als Vermittler*innen zwischen medizinischer Situation und Umgebung, kindlichen Bedürfnissen sowie elterlichen Unsicherheiten und besitzen damit direkten Einfluss auf die Interaktionsqualität und familiäre Belastung.

Strukturierte Elternanleitung in Form von regelmäßigen, niedragschwelligen und alltagsnahen Anleitungen erhöht die Handlungssicherheit der Sozialeltern, unterstützt das Erkennen kindlicher Signale und reduziert Unsicherheiten. Dieser Faktor sollte mehr in die Pflege mit einbezogen werden, da Sozialeltern eine wichtige Ressource in der Versorgung von Kindern darstellen, wobei es wichtig ist, sich im Klaren zu sein, dass dafür Zeitressourcen, Schulungen und klare Handlungskonzepte benötigt werden. Eine grundsätzlich frühe Einbindung der Sozialeltern in den Pflegeprozess sollte daher nach Möglichkeit erfolgen. Besonders in der Neonatologie sollte Elternbeteiligung nicht als Zusatzoption, sondern als Standard angesehen werden. Maßnahmen wie Kangaroo-Care, Anleitung zu sanfter Berührung oder die Einbindung

in pflegerische Abläufe stärken sowohl die Interaktion als auch das psychische Wohlbefinden der Sozialeltern sowie die Entwicklung des Kindes.

Bindungsorientierte Programme wie HUGS zeigen, dass selbst zeitlich begrenzte Maßnahmen große Auswirkungen auf Fähigkeiten wie Feinfühligkeit und Responsivität haben können. So stellen solche Arten von Programmen, angepasst auf die jeweilige Station, eine sinnvolle Ergänzung zur Routineversorgung dar, sofern die dafür benötigten Ressourcen vorhanden sind.

Die Kernkompetenz der Kommunikation darf ebenso nicht außer Acht gelassen werden. Kindgerechte Sprache, transparente Erklärungen und die Einbeziehung der Sozialeltern verbessern nicht nur das Behandlungserlebnis, sondern können ein Umfeld schaffen, welches Interaktion fördert und Stress reduziert, was besonders in Akutsituationen und interdisziplinären Übergaben essenziell ist. Das Problem, das aus interdisziplinärer Arbeit entstehen kann, ist, dass die Kommunikation untereinander nicht gut gelingt und Sozialeltern dadurch unterschiedliche oder sogar widersprüchliche Informationen aus den einzelnen Fachgruppen erhalten, was wiederum zu Verunsicherung, dem Gefühl von Inkompetenz und genereller Vermeidung von Interaktion führen kann. Somit stellt eine interprofessionelle Zusammenarbeit eine wichtige Komponente in der Versorgung dar, kann aber auch als Fehlerquelle oder Auslöser reduzierter EKI agieren.

5.3 Limitationen & Forschungsperspektiven

Die vorliegende Arbeit weist trotz sorgfältigem methodischem Vorgehen mehrere Limitationen auf, welche im Hinblick auf die Einordnung der Ergebnisse sowie die Ableitung zukünftiger Forschungsbedarfe bedeutsam sind. Der Fokus der Literaturrecherche liegt ausschließlich auf dem stationären und zum Teil dem behandlungsbezogenen Setting. Dadurch bleiben umfangreiche Erkenntnisse aus der ambulanten Versorgung, der Frühförderung oder präventiven Familienarbeit unberücksichtigt, obwohl sie wertvolle Hinweise auf kindliche Regulationsprobleme und Elternbelastungen im häuslichen Kontext liefern können. Ob und in welchem Ausmaß ambulante Interventionen auf das stationäre Setting übertragbar sind, kann auf Basis dieser Arbeit nicht beurteilt werden.

Während der systematischen Literaturrecherche fiel auf, dass ein Großteil der Studien, ungeachtet ob mit eingeschlossen oder nicht, sich lediglich auf die Mutter-

Kind-Interaktion und -Dynamik bezieht. Sozialelternschaft, Vater-Kind-Interaktion, Regenbogenfamilien oder andere familiäre Konstellationen finden sich in der Forschung insbesondere im internationalen Raum zwar vermehrt wieder, beziehen sich aber kaum auf den stationären Kontext. Da die Rolle von Vätern und anderen Bindungspersonen nachweislich bedeutsam für die kindliche Entwicklung ist, besteht hier ein deutliches Forschungsdefizit. Ebenso bezieht sich ein Großteil der Literatur und Forschung in Bezug auf EKI auf den Bereich der Neonatologie und auf eine sehr geringe Altersspanne, wie sich aus den eingeschlossenen Studien heraus ableiten lässt. In Bezug auf die Einschlusskriterien wurde eine Altersspanne von null bis zwölf Jahren festgelegt, wohingegen die Studien sich im Durchschnitt auf das erste bis zweite Lebensjahr fokussieren. Dadurch, dass Entwicklungsstand des Kindes und Belastungsfaktoren sowie pflegerische Tätigkeiten in anderen stationären Bereichen wie Psychiatrie, Trauma- oder Akutversorgung stark variieren und damit das Gesamtbild verzerren, lassen sich die Ergebnisse nur sehr begrenzt auf andere Altersgruppen oder Krankheitsbilder übertragen.

Eine weitere Limitation besteht durch die eingeschlossenen Studien selbst. Die Anzahl der Studien ist sehr gering, die Studiendesigns heterogen und die Stichprobengröße zum Teil sehr klein. Des Weiteren variiert die Studienqualität von sehr hoch bis hin zu mittel-gering, wodurch die Ergebnisse immer in Relation gesetzt werden müssen. Besonders die qualitativen Studien bieten wertvolle Einsichten, erlauben jedoch keine generalisierten Aussagen. Beispielhaft dafür ist die Fallstudie von Verbeek et al. (2004), welche grundsätzlich wichtige Ergebnisse liefert, aber gleichzeitig nur einen einzelnen Fall widerspiegelt und dieser ein Extremfall ist, was dazu führt, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse stark begrenzt ist.

Eine letzte Limitation, welche ebenso die Übertragbarkeit beeinflusst, ist der geographische Faktor. Alle fünf Studien stammen aus anderen Ländern (USA, Australien, China, Schweden und Deutschland) und repräsentieren damit unterschiedliche Normen und Vorstellungen von Sozialelternschaft, Interaktion und familiären Rollen. Elterliche Feinfühligkeit, sprachliche Kommunikation und Verantwortungszuschreibungen sowohl innerhalb der Familie als auch im Kontext der gesundheitlichen Versorgung können zwischen Kulturen erheblich variieren. So unterscheiden sich beispielsweise Erwartungen an körperliche Nähe, den Umgang mit Interaktionssignalen, die Rolle von Sozialeltern oder das Ausmaß der Einbindung der Sozialeltern in die Versorgung und im Gesundheitssystem teilweise deutlich zwischen westlichen

und asiatischen Ländern (Bornstein et al., 2011). Diese kulturellen Unterschiede beeinflussen nicht nur Interaktionsmuster selbst, sondern auch die Wahrnehmung von Pflegehandlungen und die Bereitschaft der Sozialeltern, Anleitungen und Unterstützung anzunehmen. Damit ist unklar, inwiefern die identifizierten Interventionsansätze oder Interaktionsmuster auf die deutsche Versorgungssituation anwendbar und übertragbar sind. Insbesondere die chinesische Studie (Xie et al., 2019) unterliegt kulturellen Normen zu hierarchischen Rollenverteilungen und traditionellen Familienbildern, während skandinavische Länder (Grahn et al., 2016) stärker auf familienzentrierte Versorgung setzen. Damit ist zu berücksichtigen, dass die in der Literatur beschriebenen Ursachen reduzierter EKI sowie die Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen im deutschen Gesundheitssystem möglicherweise anders ausgeprägt sind.

Aus diesen Limitationen ergeben sich mehrere Forschungsperspektiven für zukünftige Studien. So sollte systematisch untersucht werden, inwiefern Interventionen zur Verbesserung der EKI in der ambulanten Versorgung stationär angewandt werden können und damit einhergehend die Evaluation der Wirksamkeit von pflegerischen Interventionen unter der Berücksichtigung struktureller Bedingungen wie Personalmangel und Stationsorganisation, sprich der verschiedenen Fachbereiche. Grundsätzlich sollten stationäre Settings jenseits der Neonatologie stärker einbezogen werden. Weiterhin sollten Rollen anderer Bezugspersonen jenseits der Mutter stärker einbezogen werden und kulturbezogene Unterschiede in der EKI erfasst werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die bisherige Forschung zwar wichtige Einblicke liefert, die Evidenzbasis jedoch ausgeweitet werden muss, um Empfehlungen für die Praxis aller stationären Versorgungsbereiche bereitzustellen.

6 Fazit

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragestellung „Welche pflegerischen Maßnahmen können zur Interaktionsförderung bei reduzierter Eltern-Kind-Interaktion während stationärer Krankenhausaufenthalte beitragen?“ durchgeführt. Zusammenfassend zeigt die Literatur, dass reduzierte EKI im stationären Setting aus dem Zusammenwirken elterlicher und kindlicher Faktoren sowie struktureller Rahmenbedingungen entsteht. Dabei sind psychosoziale Belastungen der Sozialeltern, insbesondere depressive

Symptome, maßgebende Faktoren in der Beeinflussung des Interaktionsverhaltens. Darüber hinaus können Umgebungen wie die Neonatologie oder Notaufnahme und damit einhergehende Faktoren die Interaktionsbereitschaft zusätzlich erschweren. Gleichzeitig zeigt die Literatur, dass pflegerische Maßnahmen die EKI unterstützen und qualitativ verbessern können, wenn sie edukativ, bindungsorientiert und kommunikativ orientiert sind. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Interaktionsförderung nicht als isolierte Aufgabe zu verstehen ist, sondern in die bereits bestehende Struktur der familienzentrierten Versorgung integriert werden sollte.

Dennoch weist die Arbeit methodische Grenzen auf, welche durch die geringe Anzahl an Studien, ihre Heterogenität und internationale Herkunft die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheits- und Versorgungssystem einschränken oder zumindest nicht unreflektiert angewandt werden können. Da die EKI stark kulturell geprägt ist, ist unklar, ob die beschriebenen Interventionen und Muster unverändert übertragen werden können. Darüber hinaus konzentrieren sich viele der Studien auf die Mutter-Kind-Dynamik sowie Früh- und Neugeborenenversorgung, wodurch andere Familienkonstellationen und klinische Fachbereiche nur unzureichend berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund besteht weiterer Forschungsbedarf. Künftige Studien sollten prüfen, wie bereits bestehende Interventionen und Programme aus dem bspw. ambulanten Setting im stationären Setting implementiert und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden können. Ebenso sollten kulturelle Unterschiede stärker berücksichtigt und andere Familienstrukturen sowie medizinische und pflegerische Fachbereiche hinsichtlich struktureller Einflüsse auf EKI systematisch untersucht werden. Insgesamt zeigt die Arbeit, dass die Förderung von EKI bei bestehender reduzierter EKI eine zentrale pflegerische Aufgabe darstellt, welche durch klare Kommunikation, psychosoziale Sensibilität und strukturell unterstützende Bedingungen nachhaltig gestärkt werden kann.

Literaturverzeichnis

- Aftyka, A., Rozalska-Walaszek, I., Wróbel, A., Bednarek, A., Dąbek, K., & Zarzycka, D. (2017). Support provided by nurses to parents of hospitalized children – cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 1012–1021. <https://doi.org/10.1111/scs.12426>
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: Methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 132–140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 494–506. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00430>
- Bergius, R. J. W. (2022). Soziale Interaktion. In *Dorsch Lexikon der Psychologie*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/soziale-interaktion> [Zugriff am 10.11.2025]
- Bevilacqua, F., Morini, F., Ragni, B., Braguglia, A., Gentile, S., Zaccara, A., Bagolan, P., & Aite, L. (2021). Pediatric medical traumatic stress (PMTS) in parents of newborns with a congenital anomaly requiring surgery at birth. *Journal of Pediatric Surgery*, 56(3), 471–475. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.07.030>
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L., & Lansford, J. E. (2011). Parenting Attributions and Attitudes in Cross-Cultural Perspective. *Parenting, Science and Practice*, 11(2–3), 214–237. <https://doi.org/10.1080/15295192.2011.585568>
- Bowlby, J. (1983). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment* (2nd ed., Vol. 1). Basic Books.
- Bretherton, I. (2013). Revisiting Mary Ainsworth's conceptualization and assessments of maternal sensitivity-insensitivity. *Attachment & Human Development*, 15(5–6), 460–484. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.835128>
- Butler, A., Willetts, G., & Copnell, B. (2015). Nurses' perceptions of working with families in the paediatric intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 195–202. <https://doi.org/10.1111/nicc.12142>
- Canga, M., Malagnino, I., Malagnino, G., & Malagnino, V. A. (2020). Evaluating different stressors among parents with hospitalized children. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_529_19
- Carlson, E. B., Shieh, L., Barlow, M. R., Palmieri, P. A., Yen, F., Mellman, T. A., Williams, M., Williams, M. Y., Chandran, M., & Spain, D. A. (2023). Mental health symptoms are comparable in patients hospitalized with acute illness and patients hospitalized with injury. *PLoS ONE*, 18(9), e0286563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286563>
- Commodari, E. (2010). Children staying in hospital: A research on psychological stress of caregivers. *Italian Journal of Pediatrics*, 36(40). <https://doi.org/10.1186/1824-7288-36-40>

- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435–1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Coyne, I. (2006). Children's Experiences of Hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>
- Davies, R. (2010). Marking the 50th anniversary of the Platt Report: From exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. *Journal of Child Health Care*, 14(1), 6–23. <https://doi.org/10.1177/1367493509347058>
- Debelić, I., Mikolčić, A., Tihomirović, J., Barić, I., Lendić, Đ., Nikšić, Ž., Šencaj, B., & Lovrić, R. (2022). Stressful Experiences of Parents in the Paediatric Intensive Care Unit: Searching for the Most Intensive PICU Stressors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11450. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811450>
- DeGuzman, P. B., Abooli, S., Sadatsafavi, H., Bohac, G., & Sochor, M. (2024). Back to basics: Practical strategies to reduce sensory overstimulation in the emergency department identified by adults and caregivers of children with autism spectrum disorder. *International Emergency Nursing*, 72, 101384. <https://doi.org/10.1016/j.i-enj.2023.101384>
- Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 31(3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>
- Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1–2), 199–220. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(01\)00045-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(01)00045-2)
- Holt, C., Gentileau, C., Gemmill, A. W., & Milgrom, J. (2021). Improving the mother-infant relationship following postnatal depression: A randomised controlled trial of a brief intervention (HUGS). *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 913–923. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01116-5>
- Jurczyk, K. (2017). Elternschaftliches Neuland. In *DJI-Impulse* (Bd. 118, Nummer 4, S. 4–9).
- Kaesler, D., Guerra, R., Keidar, O., Lanz, U., Moses, M., Kobel, C., Exadaktylos, A. K., & Ricklin, M. E. (2018). Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1423. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071423>
- Kamp-Becker, I., & Poustka, L. (2025). Media Consumption by Preschool Children: The Risk of Autism and Developmental Disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 122(16), 433–438. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0087>

- Keane, S., Garralda, M. E., & Keen, J. H. (1986). Resident parents during paediatric admissions. *International Journal of Nursing Studies*, 23(3), 247–253. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(86\)90022-2](https://doi.org/10.1016/0020-7489(86)90022-2)
- Köbler, G. (1995). Interaktion. In *Deutsches Etymologisches Wörterbuch* (S. 483).
- Linek, L., Peukert, A., Teschlade, J., Motakef, M., & Wimbauer, C. (2021). Soziale Elternschaft. In *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft* (S. 377–387). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742367.30>
- Lisanti, A. J., Kumar, A., Quinn, R., Chittams, J. L., Medoff-Cooper, B., & Demianczyk, A. C. (2021). Role Alteration predicts Anxiety and Depressive Symptoms in Parents of Infants with Congenital Heart Disease: A Pilot Study. *Cardiology in the young*, 31(11), 1842–1849. <https://doi.org/10.1017/S1047951121001037>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Menche, N. (2016). *Biologie Anatomie Physiologie* (8. Aufl.). Elsevier.
- Menche, N. (2019). *PflegeHeute* (7. Aufl.). Elsevier.
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic Reviews of Etiology and Risk. In *Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-08>
- Osorio Galeano, S. P., & Salazar Maya, Á. M. (2021). Experiences of Parents of Preterm Children Hospitalized Regarding Restrictions to Interact with Their Children Imposed Because of the COVID-19 Pandemic. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 39(2), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e10>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rennick, J. E., Dougherty, G., Chambers, C., Stremmler, R., Childerhose, J. E., Stack, D. M., Harrison, D., Campbell-Yeo, M., Dryden-Palmer, K., Zhang, X., & Hutchison, J. (2014). Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: The caring intensively study. *BMC Pediatrics*, 14, 276. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-276>
- Shah, R., Kennedy, S., Clark, M. D., Bauer, S. C., & Schwartz, A. (2016). Primary Care-Based Interventions to Promote Positive Parenting Behaviors: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(5), e20153393. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3393>
- Spangler, G., & Zimmermann, P. (2019). *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (8. Aufl.). Klett-Cotta.
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124–128. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.2.124>

- Verbeek, D., Schnitker, A., & Schüren, A. (2004). Schwere Mutter-Kind-Interaktionsstörung vor dem Hintergrund einer mütterlichen Depression—Möglichkeiten und Grenzen einer stationären Intervention. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917.32.1.51>
- Wu, J.-B., Yang, Y., Zhou, Q., Li, J., Yang, W.-K., Yin, X., Qiu, S.-Y., Zhang, J., Meng, M., Guo, Y., Chen, J., & Chen, Z. (2025). The relationship between screen time, screen content for children aged 1-3, and the risk of ADHD in preschools. *PLOS One*, 20(4), e0312654. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312654>
- Xie, J., Zhu, L., Zhu, T., Jian, Y., Ding, Y., Zhou, M., & Feng, X. (2019). Parental Engagement and Early Interactions With Preterm Infants Reduce Risk of Late Postpartum Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(5), 360–364. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000971>
- Youngblut, J. M., Brooten, D., & Kuluz, J. (2005). Parents' reactions at 24–48 hrs after a preschool child's head injury. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(5), 550. <https://doi.org/10.1097/01.PCC.0000163283.27419.E9>
- Zdun-Ryżewska, A., Nadrowska, N., Błażek, M., Białek, K., Zach, E., & Krywda-Rybska, D. (2021). Parent's Stress Predictors during a Child's Hospitalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12019. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212019>

Anhang

Anhang 1: SPIDER-Schema nach Cooke et al., 2012.....	III
Anhang 2: Suchbegriffe für systematische Literaturrecherche mit Übersetzungen (eigene Darstellung).....	IV
Anhang 3: PubMed erweiterte Suche (Stand: 14.10.2025; eigene Darstellung)	V
Anhang 4: CINAHL erweiterte Suche (Stand: 14.10.2025; eigene Darstellung)..	VIII
Anhang 5: peDOCS erweiterte Suche (Stand: 23.10.2025; eigene Darstellung) ..	XI
Anhang 6: PRISMA Flowchart-Diagramm für systematische Literaturrecherche nach Page et al. (2021).....	XII
Anhang 7: Qualitätsbewertung der Meta-Analyse Shah et al. (2016) unter Verwendung der JBI-Checkliste für die kritische Bewertung von Systematic Reviews und Forschungssynthesen.....	XIII
Anhang 8: Qualitätsbewertung der RCT-Studie Holt et al. (2021) unter Verwendung des überarbeiteten JBI-RCT-Tools.....	XIV
Anhang 9: Qualitätsbewertung der RCT-Studie Xie et al. (2019) unter Verwendung des überarbeiteten JBI-RCT-Tools.....	XX
Anhang 10: Qualitätsbewertung der Interview-Studie Grahn et al. (2016) unter Verwendung der JBI-Checkliste für die kritische Bewertung qualitativer Forschung	XXV
Anhang 11: Qualitätsbewertung der Fallstudie Verbeek et al. (2004) unter Verwendung der JBI-Checkliste für die kritische Bewertung von Fallstudien	XXVI

Anhang 1: SPIDER-Schema nach Cooke et al., 2012

SPIDER-Komponente	Anwendung auf die Fragestellung
S – Sample	Eltern + Kinder während stationärer Krankenhausaufenthalte (+ ggf. PK)
PI – Phenomenon of Interest	Reduzierte Eltern-Kind-Interaktion
D – Design	Keine Begrenzung der Studiendesigns
E – Evaluation	Wahrgenommene Verbesserung der Interaktion, emotionale Bindung, Zufriedenheit, kommunikative Veränderungen + Förderung der Eltern-Kind-Interaktion durch Pflege
R – Research Type	-

Anhang 2: Suchbegriffe für systematische Literaturrecherche mit Übersetzungen (eigene Darstellung)

Deutscher Begriff	Englischer Begriff & Synonyme
Eltern	Parent, Parents
Mütter	Mother, Mothers
Väter	Father, Fathers
Bezugsperson	Caregiver, Caregivers
Kinder	Children
Kind	Child
Säugling	Infant
Kleinkind	Toddler
Baby	Baby
Pädiatrisch	Pediatric, Pediatrics
Stationärer Aufenthalt	Inpatient Care
Krankenhausaufenthalt	Hospital Stay, Hospitalization
Interaktion	Interaction
Eltern-Kind-Interaktion	Parent-Child Interaction, Parent-Child Relations
Bindung	Bonding
Emotionale Bindung	Attachment
Kommunikation	Communication
Reduzierte Interaktion	Impaired Interaction, Limited Interaction
Förderung, Unterstützung	Support, Enhancement
Pflegeintervention, pflegerische Maßnahme	Nursing Intervention, Nursing Support
Beziehungsförderung	Relationship Promotion, Relational Support
Beziehung	Relationship

Anhang 3: PubMed erweiterte Suche (Stand: 14.10.2025; eigene Darstellung)

Search	Query	Results	Time
#43	Search: (Parents OR Mothers OR Fathers OR Caregiver OR "Parents"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh]) AND (Children OR Infant OR Toddler OR Baby OR Pediatric Patients OR Child Patients OR Pediatric OR "Child"[Mesh] OR "Infant"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND (Hospitalization OR Inpatient Care OR Hospital Stay OR "Hospitalization"[Mesh]) AND (Interaction OR Parent Child Interaction OR Bonding OR Attachment OR Communication OR "Parent-Child Relations"[Mesh]) AND (Impaired Interaction OR Limited Interaction) AND (Support OR Enhancement OR Nursing Intervention OR Nursing Support OR Relationship Promotion OR Relational Support OR Relationship Improvement) Filters: English, German, Humans	1,040	06:15:23
#42	Search: (Parents OR Mothers OR Fathers OR Caregiver OR "Parents"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh]) AND (Children OR Infant OR Toddler OR Baby OR Pediatric Patients OR Child Patients OR Pediatric OR "Child"[Mesh] OR "Infant"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND (Hospitalization OR Inpatient Care OR Hospital Stay OR "Hospitalization"[Mesh]) AND (Interaction OR Parent Child Interaction OR Bonding OR Attachment OR Communication OR "Parent-Child Relations"[Mesh]) AND (Impaired Interaction OR Limited Interaction) AND (Support OR Enhancement OR Nursing Intervention OR Nursing Support OR Relationship Promotion OR Relational Support OR Relationship Improvement)	1,266	06:13:49
#41	Search: Support OR Enhancement OR Nursing Intervention OR Nursing Support OR Relationship Promotion OR Relational Support OR Relationship Improvement	14,281,394	06:12:32

Search	Query	Results	Time
#40	Search: Relationship Improvement	508,148	06:11:41
#39	Search: Relational Support	2,749,895	06:11:29
#38	Search: Relationship Promotion	222,654	06:11:20
#37	Search: Nursing Support	281,875	06:11:12
#36	Search: Nursing Interventions	440,487	06:11:01
#35	Search: Enhancement	2,483,522	06:10:51
#34	Search: Support	12,396,216	06:10:44
#33	Search: Impaired Interaction OR Limited Interaction	301,352	06:10:31
#32	Search: Limited Interaction	217,530	06:10:11
#31	Search: Impaired Interaction	91,903	06:10:03
#30	Search: Interaction OR Parent Child Interaction OR Bonding OR Attachment OR Communication OR "Parent-Child Relations"[Mesh]	3,745,361	06:09:34
#29	Search: "Parent-Child Relations"[Mesh]	64,119	06:08:46
#28	Search: Communication	921,764	06:08:31
#27	Search: Attachment	290,123	06:08:24
#26	Search: Bonding	340,652	06:08:19
#25	Search: Parent Child Interaction	68,340	06:08:13
#24	Search: Interaction	2,440,634	06:07:46
#23	Search: Hospitalization OR Inpatient Care OR Hospital Stay OR "Hospitalization"[Mesh]	8,080,711	06:07:34
#22	Search: "Hospitalization"[Mesh]	321,864	06:07:02
#21	Search: Hospital Stay	275,879	06:06:51

Search	Query	Results	Time
#20	Search: Inpatient Care	508,444	06:06:36
#19	Search: Hospitalization	8,056,299	06:06:26
#18	Search: Children OR Infant OR Toddler OR Baby OR Pediatric Patients OR Child Patients OR Pediatric OR "Child"[Mesh] OR "Infant"[Mesh] OR "Child, Pre-school"[Mesh]	4,381,813	06:05:43
#17	Search: "Child, Preschool"[Mesh]	1,048,238	06:03:56
#16	Search: "Infant"[Mesh]	1,322,007	06:03:36
#15	Search: "Child"[Mesh]	2,291,501	06:03:22
#14	Search: Pediatric	1,428,788	06:03:11
#13	Search: Child Patients	1,211,275	06:03:04
#12	Search: Pediatric Patients	650,612	06:02:56
#11	Search: Baby	1,434,547	06:02:43
#10	Search: Toddler	16,692	06:02:36
#9	Search: Infant	1,467,655	06:02:28
#8	Search: Children	3,473,529	06:02:20
#7	Search: Parents OR Mothers OR Fathers OR Caregiver OR "Parents"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh]	925,166	06:02:04
#6	Search: "Caregivers"[Mesh]	59,339	06:01:30
#5	Search: "Parents"[Mesh]	158,520	06:01:16
#4	Search: Caregiver	140,308	06:01:03
#3	Search: Fathers	60,480	06:00:55
#2	Search: Mothers	326,311	06:00:49
#1	Search: Parents	579,869	06:00:32

Anhang 4: CINAHL erweiterte Suche (Stand: 14.10.2025; eigene Darstellung)

Search	Query	Results	Time
#34	Search: (MH "Parents" OR MH "Caregivers" OR family OR "family members") AND (children OR infants OR babies OR toddlers OR "pediatric patients") AND ((MH "Parent Child Relations" OR bonding OR attachment OR communication OR "parental presence" OR "family-centered care" OR interaction OR separation)) AND (("nursing interventions" OR "nursing care" OR "family-centered care" OR "psychosocial support" OR "parent education" OR counseling OR MH "Nursing Interventions" OR MH "Family Centered Care")) AND (MH "Hospitalization" OR MH "Inpatients") Filters: English	445	07:54:56
#33	Search: (MH "Parents" OR MH "Caregivers" OR family OR "family members") AND (children OR infants OR babies OR toddlers OR "pediatric patients") AND ((MH "Parent Child Relations" OR bonding OR attachment OR communication OR "parental presence" OR "family-centered care" OR interaction OR separation)) AND (("nursing interventions" OR "nursing care" OR "family-centered care" OR "psychosocial support" OR "parent education" OR counseling OR MH "Nursing Interventions" OR MH "Family Centered Care")) AND (MH "Hospitalization" OR MH "Inpatients")	543	07:44:27
#32	Search: (MH "Hospitalization" OR MH "Inpatients")	140,369	07:42:16
#31	Search: MH "Inpatients"	92,095	07:41:34
#30	Search: MH "Hospitalization"	54,446	07:28:38
#29	Search: ("nursing interventions" OR "nursing care" OR "family-centered care" OR "psychosocial support" OR "parent education" OR counseling OR MH "Nursing Interventions" OR MH "Family Centered Care")	297,004	07:27:12

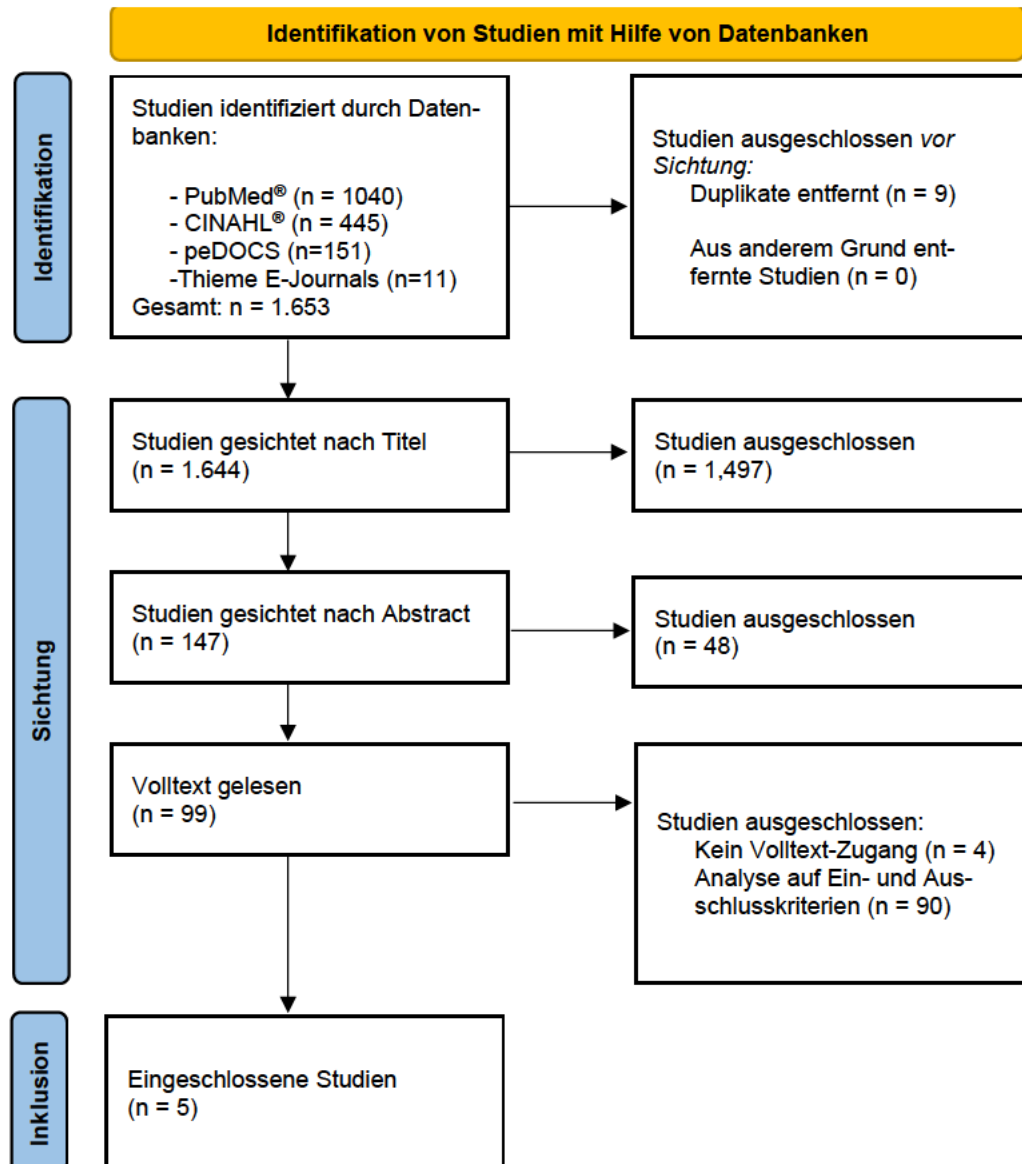
Search	Query	Results	Time
#28	Search: MH "Family Centered Care"	10,123	07:23:09
#27	Search: MH "Nursing Interventions"	11,761	07:23:58
#26	Search: counseling	114,684	07:21:52
#25	Search: "parent education"	3,997	07:20:35
#24	Search: "psychosocial support"	52,900	07:20:10
#23	Search: "family-centered care"	30,298	07:19:41
#22	Search: "nursing care"	87,369	07:18:24
#21	Search: "nursing interventions"	17,303	07:18:17
#20	Search: (MH "Parent Child Relations" OR bonding OR attachment OR communication OR "parental presence" OR "family-centered care" OR interaction OR separation)	3,312,239	07:17:11
#19	Search: separation	95,101	07:15:00
#18	Search: interaction	489,522	07:14:48
#17	Search: "family-centered care"	30,298	07:13:33
#16	Search: "parental presence"	361	07:12:15
#15	Search: communication	2,695,132	07:12:03
#14	Search: attachment	47,885	07:11:33
#13	Search: bonding	31,649	07:10:56
#12	Search: MH "Parent Child Relations"	21	07:10:11
#11	Search: (children OR infants OR babies OR toddlers OR "pediatric patients")	2,214,547	07:09:23
#10	Search: "pediatric patients"	26,413	07:08:56
#9	Search: Baby	192,649	07:08:42
#8	Search: Toddler	23,352	07:08:17

Search	Query	Results	Time
#7	Search: Infant	417,482	07:07:21
#6	Search: Children	1,878,498	07:06:51
#5	Search: (MH "Parents" OR MH "Caregivers" OR family OR "family members")	1,673,958	07:06:04
#4	Search: "family members"	58,832	07:05:06
#3	Search: family	1,595,247	07:04:23
#2	Search: MH "Caregivers"	56,298	07:03:12
#1	Search: MH "Parents"	77,025	07:02:43

Anhang 5: peDOCS erweiterte Suche (stand: 23.10.2025; eigene Darstellung)

Search	Query	Results	Time
#9	Search: (Free Text: PARENTS or ELTERN) and (Free Text: KIND or Child) and (Index Terms: ELTERN-KIND-BEZIEHUNG or "PARENT-CHILD RELATION")	151	06:30:14
	Search: (Index Terms: PARENT-CHILD-RELATION or Index Terms: ELTERN-KIND-BEZIEHUNG)	151	13:26:38
#8	Search: (Index Terms: PARENT-CHILD-RELATION)	69	13:24:45
#7	Search: (Index Terms: ELTERN-KIND-BEZIEHUNG)	151	13:22:17
#6	Search: (Free Text: CHILD or KIND)	12,148	13:19:26
#5	Search: (Free Text: CHILD)	5,523	13:18:57
#4	Search: (Free Text: KIND)	10,961	13:16:08
#3	Search: (Free Text: PARENTS or ELTERN)	12,687	13:15:21
#2	Search: (Free Text: PARENTS)	3,321	13:13:53
#1	Search: (Free Text: ELTERN)	11,396	13:12:34

Anhang 6: PRISMA Flowchart-Diagramm für systematische Literaturrecherche nach Page et al. (2021)



Hinweis: Die für diese Bewertung verwendete Checklisten-Vorlage wurde aus Aromataris et al. (2015) übernommen.

JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses

Date: 27.11.2025

Author: Shah, R./Kennedy, S./Clark, M. D./Bauer, S. C./Schwartz, A. Year: 2016

Record Number: 001

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☒	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☒	☐	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☒	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☒	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☒	☐	☐	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☒	☐	☐	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☒	☐	☐	☐
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☒	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Anhang 8: Qualitätsbewertung der RCT-Studie Holt et al. (2021) unter Verwendung des überarbeiteten JBI-RCT-Tools

Hinweis: Die für diese Bewertung verwendete Checklisten-Vorlage wurde aus Barker et al. (2023) übernommen.

Assessor: Felix Minohr	Date of Appraisal: 27.11.2025	Record Number: 003
Study Author: Holt et al.	Study Title: Improving the mother-infant relationship following postnatal depression: a randomised controlled trial of a brief intervention (HUGS)	Study Year: 2021

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		☒	☐	☐	☐
2	Was allocation to treatment groups concealed?		☒	☐	☐	☐
3	Were treatment groups similar at the baseline?	slightly higher MDE rate in HUGS, but adjusted for	☒	☐	☐	☐
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		☒	☐	☐	☐
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		☐	☒	☐	☐
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	HUGS = structured video-feedback control = non-directive playgroup	☐	☐	☐	☒

Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome

7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1: Mother–infant interaction (ERA scores)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Parenting Stress Index (PSI)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Bonding (PBQ impaired bonding subscale)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 4: Maternal depression/anxiety (BDI, EPDS)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 5: Infant development		☒	☐	☐	☐

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1: Mother–infant interaction (ERA scores)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Parenting Stress Index (PSI)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Bonding (PBQ impaired bonding subscale)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 4: Maternal depression/anxiety (BDI, EPDS)		☒	☐	☐	☐
	Outcome 5: Infant development		☒	☐	☐	☐

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
---	--	--	-----	----	---------	-----

Outcome 1: Mother–infant interaction (ERA scores)		☒	☐	☐	☐
Outcome 2: Parenting Stress Index (PSI)		☒	☐	☐	☐
Outcome 3: Bonding (PBQ impaired bonding subscale)		☒	☐	☐	☐
Outcome 4: Maternal depression/anxiety (BDI, EPDS)		☒	☐	☐	☐
Outcome 5: Infant development		☒	☐	☐	☐

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?				
	Outcome 1: Mother–infant interaction (ERA scores)		Yes	No	Unclear N/A
	Result 1: 75% post-intervention / ~66% follow-up; no baseline differences between responders/non-responders.		☒	☐	☐
	Outcome 2: Parenting Stress Index (PSI)		Yes	No	Unclear N/A
	Result 1: Missingness tested (MCAR); no systematic differences.		☒	☐	☐
	Outcome 3: Bonding (PBQ impaired bonding subscale)		Yes	No	Unclear N/A
	Result 1: Follow-up attrition tested; no differential attrition.		☒	☐	☐

Outcome 4: Maternal depression/anxiety (BDI, EPDS)		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1: ITT and imputed results consistent.		☒	☐	☐	☐
Outcome 5: Infant development		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1: Higher attrition but MCAR test supported random missingness.		☒	☐	☐	☐

Statistical Conclusion Validity

11	Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
	Outcome 1: Mother–infant interaction (ERA scores)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: ITT using expectation-maximization imputation; observed and imputed analyses aligned.		☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Parenting Stress Index (PSI)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: ITT conducted.		☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Bonding (PBQ impaired bonding subscale)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: ITT with imputation.		☒	☐	☐	☐
	Outcome 4: Maternal depression/anxiety (BDI, EPDS)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: ITT with imputation.		☒	☐	☐	☐
	Outcome 5: Infant development		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1: ITT applied where feasible.		☒	☐	☐	☐
---------------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12	Was appropriate statistical analysis used?					
	Outcome 1: Mother–infant interaction (ERA scores)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: ANCOVA with baseline control; assumptions checked; alternative non-parametric tests confirm.		☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Parenting Stress Index (PSI)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: ANCOVA with covariates; analysis on imputed and observed data		☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Bonding (PBQ impaired bonding subscale)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: ANCOVA appropriate; controlled for baseline factors.		☒	☐	☐	☐
	Outcome 4: Maternal depression/anxiety (BDI, EPDS)		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: Appropriate repeated-measures and ANCOVA methods.		☒	☐	☐	☐
	Outcome 5: Infant development		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1: Correct use of ANCOVA, chi-square, and repeated-measures approaches.		☒	☐	☐	☐	

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	☒	☐	☐	☐
Overall appraisal: Include: ☒ Exclude: ☐ Seek Further Info: ☐					

Anhang 9: Qualitätsbewertung der RCT-Studie Xie et al. (2019) unter Verwendung des überarbeiteten JBI-RCT-Tools

Hinweis: Die für diese Bewertung verwendete Checklisten-Vorlage wurde aus Barker et al. (2023) übernommen.

Assessor: Felix Minohr	Date of Appraisal: 27.11.2025	Record Number: 002
Study Author: Xie et al.	Study Title: Parental Engagement and Early Interactions with Preterm infants Reduce Risk of Late Postpartum Depression	Study Year: 2019

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	Doesn't state specifically how	☐	☐	☒	☐
2	Was allocation to treatment groups concealed?	manuscript does not describe allocation concealment procedures	☐	☐	☒	☐
3	Were treatment groups similar at the baseline?	Only minor deviations → maximum of 2% deviation	☒	☐	☐	☐
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?	intervention involved active parent training	☐	☒	☐	☐
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?	Nurses/trainers delivered the PremieStart/EPI sessions and coached massage could not be blinded to providing the intervention	☐	☒	☐	☐

6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	Identical treatment: Intervention group: SC & KMC + EPI Control group: SC & KMC	☒	☐	☐	☐
---	--	---	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome

7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1: Infant development (Griffiths / NAPI / Bayley behavior)	Play sessions were videotaped for scoring and assessed by an investigator blinded to group assignment	☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Maternal depression (EPDS)	scoring/analysis was blinded.	☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Mother–infant interaction	Videotaped and scored by blinded investigator	☒	☐	☐	☐

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1: Infant development (Griffiths / NAPI / Bayley behavior)	Same standardized instruments applied to both groups.	☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Maternal depression (EPDS)	Same EPDS questionnaire administered at discharge and at 12-month follow up to both groups.	☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Mother–infant interaction	Same videotaped 10-minute play session and same scoring instruments for both groups.	☒	☐	☐	☐

9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
---	--	--	-----	----	---------	-----

Outcome 1: Infant development	NAPI, Griffiths Mental Development Scales	☒	☐	☐	☐
Outcome 2: Maternal competencies assessment	Bayley Behavior Rating Scale	☒	☐	☐	☐
Outcome 3: Mother-infant interaction	Monash Mother-Infant Interaction Scale, Dyadic Mutuality Code, and Mother-Infant/Toddler Play Scale	☒	☐	☐	☐
Outcome 4: Postnatal Depression	Edinburgh Postnatal Depression Scale	☒	☐	☐	☐

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?	12-Month Follow-Up Partially: follow-up was incomplete and group-specific attrition was not analysed.				
	Outcome 1: Infant development		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: 12-month follow-up and after discharge		☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Maternal competencies assessment		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: 12-month follow-up and after discharge		☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Mother-infant interaction		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1 10-minute playtime after 10 months		☒	☐	☐	☐
	Outcome 4: Postnatal Depression		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: Measured after/at discharge		☐	☒	☐	☐

Statistical Conclusion Validity

11	Were participants analysed in the groups to which they were randomized?	No: analysis excluded dropouts; no intention-to-treat approach used.				
	Outcome 1: Infant development		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: no group changes noted		☒	☐	☐	☐
	Outcome 2: Maternal competencies assessment		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: no group changes noted		☒	☐	☐	☐
	Outcome 3: Mother-infant interaction		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: no group changes noted		☒	☐	☐	☐
	Outcome 4: Postnatal Depression		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: no group changes noted		☒	☐	☐	☐
12	Was appropriate statistical analysis used?	Yes: t-tests and chi-square were suitable for the outcomes.				
	Outcome 1: Infant development		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1: t-tests		☒	☐	☐	☐

Outcome 2: Maternal competencies assessment			Yes	No	Unclear	N/A
Result 1: Statistical tests			☒	☐	☐	☐
Outcome 3: Mother-infant interaction			Yes	No	Unclear	N/A
Result 1: Group comparison Test			☒	☐	☐	☐
Outcome 4: Postnatal Depression			Yes	No	Unclear	N/A
Result 1: EPDS comparison through use of statistical tests			☒	☐	☐	☐

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include: ☒ Exclude: ☐ Seek Further Info: ☐

Anhang 10: Qualitätsbewertung der Interview-Studie Grahn et al. (2016) unter Verwendung der JBI-Checkliste für die kritische Bewertung qualitativer Forschung

Hinweis: Die für diese Bewertung verwendete Checklisten-Vorlage wurde aus Lockwood et al. (2015) übernommen.

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer: Felix Minohr

Date: 27.11.2025

Author: Grahn, M./Olsson, E./Mansson, M. E.

Year: 2016

Record Number: 005

	Yes	No	Un- clear	Not ap- plicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☒	☐	☐	☐
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☒	☐	☐	☐
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☒	☐	☐	☐
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☒	☐	☐	☐
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☒	☐	☐	☐
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☒	☐
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	☐	☒	☐	☐
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	☒	☐	☐	☐
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☒	☐	☐	☐
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☒

Anhang 11: Qualitätsbewertung der Fallstudie Verbeek et al. (2004) unter Verwendung der JBI-Checkliste für die kritische Bewertung von Fallstudien

Hinweis: Die für diese Bewertung verwendete Checklisten-Vorlage wurde aus Moola et al. (2020) übernommen

JBI Critical Appraisal Checklist for case reports

Reviewer: Felix Minohr

Date: 27.11.2025

Author: Verbeek, D./Schnitker, A./Schüren, A.

Year: 2004

Record Number: 005

	Yes	No	Un-clear	Not ap-plicable
12. Were patient’s demographic characteristics clearly described?	☐	☐	☐	☐
13. Was the patient’s history clearly described and pre-sented as a timeline?	☒	☐	☐	☐
14. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	☒	☐	☐	☐
15. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	☒	☐	☐	☐
16. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	☒	☐	☐	☐
17. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	☒	☐	☐	☐
18. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	☐	☒	☐	☐
19. Does the case report provide takeaway lessons?	☐	☐	☒	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig verfasst habe. Zudem versichere ich, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel – insbesondere keine im Quellenverzeichnis nicht benannten Quellen – benutzt habe. Des Weiteren versichere ich, dass ich die Arbeit vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht habe.

Erläuterungen zur Nutzung von gKI in der Abschlussarbeit

Ich versichere, dass ich generative Künstliche Intelligenz (KI)-Tools nur in dem Umfang verwendet habe, der mit der Prüferin/dem Prüfer/den Prüfenden vereinbart wurde. Ich versichere, dass ich mich Internetquellen oder KI-Anwendungen nur in der unten ausgewiesenen Form bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere, dass ich mich KI-Tools lediglich als Hilfsmittel bedient habe und in der vorliegenden Arbeit mein gestalterischer Einfluss überwiegt. Ich bin mir bewusst, dass die Nutzung maschinell generierter Texte keine Garantie für die Qualität von Inhalten und Text gewährleistet.

Ich verantworte die Übernahme jeglicher von mir verwendeter maschinell generierter Textpassagen vollumfänglich selbst und dokumentiere im Folgenden listenartig, für welche Aufgaben ich KI-Tools genutzt habe.

In der hier vorliegenden Arbeit habe ich gKI-Systeme wie folgt genutzt:

- ☐ gar nicht
 - ☐ bei der Ideenfindung
 - ☒ bei der Erstellung der Gliederung
 - ☐ zum Erstellen einzelner Passagen, insgesamt im Umfang von % am gesamten Text
 - ☐ zur Entwicklung von Software-Quelltexten/Programm-Code
 - ☐ zur Optimierung oder Umstrukturierung von Software-Quelltexten
 - ☒ zum Korrekturlesen oder Optimieren
 - ☐ Weiteres, nämlich:
-
-

Ich versichere, alle Nutzungen vollständig angegeben zu haben. Mir ist bekannt, dass fehlende oder fehlerhafte Angaben als Täuschungsversuch gewertet werden können. Zudem bin ich bereit, auf Nachfrage meine Vorgehensweise (z. B. durch Arbeitsnotizen, Prompts oder mündliche Erläuterungen u.Ä.) offen zu legen.

Schluss

Sofern für die Anfertigung der Abschlussarbeit die Nutzung von KI-Schreibwerkzeugen nicht ausdrücklich erlaubt wurde, sind diese kennzeichnungspflichtig.

Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die oben genannten Punkte prüfungsrechtliche Konsequenzen haben und insbesondere dazu führen kann, dass die Prüfungsleistung mit "nicht aus-reichend" bewertet wird und bei mehrfachem oder schwerwiegendem Täuschungsversuch eine Exmatrikulation erfolgen kann.

Hamburg, 10.12.2025

A solid black rectangular box used to redact the signature of the official.

Unterschrift