BACHELORARBEIT

Stress und Resilienz von Pflegekräften – ein Literaturüberblick zu resilienzfördernden Maßnahmen

Vorgelegt am 10. Dezember 2025

Von Mia Lena Meister

1. Prüferin: Prof. Dr. Jana Petersen
2. Prüferin: Prof. Dr. Adina Dreier- Wolfgramm

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Background: Nurses are often exposed to psychologically stressful situations in their daily work. Nurses working in clinical areas such as intensive care, emergency care and psychiatry are particularly affected. This chronic stress leads to mental illnesses such as burnout, depression and anxiety, and has an impact on the quality of care. Resilience is an ability that helps nursing staff to cope with stressful situations and overcome them unscathed. Resilience is a dynamic process and can be improved. Special resilience training can promote this ability and thus reduce the stress levels and improve the health of nursing staff.

Aim: The aim of this study is to provide a comprehensive overview of the impact of various resilience-fostering Interventions on the resilience and stress levels of clinical nurses.

Methods: This is a systematic literature review. The CINAHL and PubMed databases were searched for relevant literature using appropriate search terms. Ultimately, 16 studies were included.

Results: This research shows moderate effects of resilience training on the resilience and stress perception of clinical nursing staff. Methods such as cognitive behavioral therapy and mindfulness training lead to an improvement in resilience scores among nursing staff in various specialist areas. Stress can also be reduced through resilience programs. Multimodal programs that combine physical, cognitive and structural interventions appear to be particularly effective. Resilience training can improve employee satisfaction, the quality of care and the mental health of nursing staff.

Conclusion: Resilience training can provide targeted support for nursing staff in terms of their health and contribute to more effective care. There are various approaches that can lead to positive effects. The implementation of such programs should be further promoted. For long-term effects, the training courses must be evaluated regularly and adapted to the needs of nursing staff. Interventions within the working environment are also part of resilience-building training. Further research is needed on these structural approaches and the implementation in the clinical field.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis I

Abbildungsverzeichnis II

Tabellenverzeichnis II

1. Einleitung 1

2. Theoretischer Hintergrund 3

2.1. Pflegende im klinischen Setting – Stressempfinden und Stressfolgen 3
2.2. Bedeutung von Resilienz in der Pflege 5
2.3. Resilienzförderung in der Pflege 7

3. Ziel und Fragestellung der Arbeit 9

4. Methodik 10

4.1. Literaturrecherche 10
4.2. Ein- und Ausschlusskriterien 10
4.3. Suchstrategie 12
4.4. Datenextraktion und Analyse 15

5. Ergebnisse 16

5.1. Resilienztrainings in der klinischen Pflege 17
5.2. Wirksamkeit auf die Resilienz 23
5.3. Wirksamkeit auf das Stressempfinden 26
5.4. Kritische Bewertung der Literatur 28

6. Diskussion 30

6.1. Interpretation der Ergebnisse 30
6.2. Implikation für die Praxis und Forschung 36
6.3. Methodische Limitationen dieser Arbeit 37

7. Fazit 37

8. Literatur 39

9. Anhang 50

10. Eidesstattliche Versicherung 97

Abkürzungsverzeichnis

ANCOVA	Analysis of Covariance
ANOVA	Analysis of Variance
BRS	Brief Resilience Scale
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scale
ENSS	Expanded Nursing Stress Scale
HADS	Hospital Depression and Anxiety Scale
ITS	Intensivstation
JBI	Joanna Briggs Institute
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
PMR	Progressive Muskelentspannung
PSS	Perceived Stress Scale
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RCT	Randomized Controlled Trial
SMD	Standardisierte Mittlere Differenz
WRI	Workplace Resilience Inventory

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA- Flowchart systematische Literaturrecherche 15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein -und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche (eigene Darstellung) 11
Tabelle 2: Suchbegriffe für die Literaturrecherche (eigene Darstellung)..... 13

1. Einleitung

Der Pflegeberuf kombiniert eine hohe gesellschaftliche Verantwortung mit intensiver körperlicher und psychischer Belastung. Pflegekräfte geraten häufig an ihre eigene Belastungsgrenze, gleichzeitig steigt auf nationaler Ebene die Nachfrage nach Pflege weiter an (Rohwer et al., 2021). Derzeit arbeiten ca. 1,7 Millionen Pflegekräfte in Deutschland unter diesen herausfordernden Bedingungen (Singer & Fleischer, 2025). Davon arbeiten über 500.000 Pflegepersonen in Kliniken (Deutsches Ärzteblatt, 2024). Prognosen gehen davon aus, dass in Deutschland bis 2049 zwischen 280.000 bis 690.000 Pflegekräfte fehlen werden (Statistisches Bundesamt, 2024), eine Situation, die sich durch den demographischen Wandel der Gesellschaft stetig verschärft.

Ein weiterer Grund für den aktuellen und zukünftigen Personalmangel ist die hohe Rate an psychischen Erkrankungen bei den Beschäftigten. Pflegekräfte leiden häufiger als andere Berufsgruppen unter Burn-out, Depressionen und weiteren psychischen Erkrankungen, die stressbedingt entstehen können (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Okuhara et al., 2021). Dies hat zur Folge, dass durchschnittlich 33% der befragten Pflegekräfte binnen der EU den Beruf innerhalb eines Jahres verlassen möchten (Buchan et al., 2018). Darüber hinaus fehlen Krankenpflegekräfte durchschnittlich 26,7 Tage pro Jahr krankheitsbedingt, was deutlich über dem Durchschnitt der gesamten Berufstätigen in Deutschland liegt (Techniker Krankenkasse, 2025).

Pflegeberufe sind geprägt von hohem berufsbedingtem Stress, meist aufgrund der hohen Arbeitsbelastung, des herrschenden Personalmangels und starker emotionaler Belastung (Rohwer et al., 2021). Dazu kommen patientenspezifische Belastungsfaktoren durch körperliche oder verbale Aggression von Patient*innen oder deren Angehörigen und durch den Umgang mit Krankheiten und Tod (Kunzler et al., 2020). Auch verschiedene organisatorische Faktoren, beispielweise die interdisziplinäre Teamarbeit, inflexible Hierarchien, Personalabbau, ein zunehmender Verwaltungsaufwand und technologische Veränderungen tragen zum Stress der Pflegefachkräfte bei (ebd.). Dieser Druck führt nicht nur zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Pflegekräfte, sondern wirkt sich auch auf die Qualität der geleisteten Pflege aus (Abu El-Kass et al., 2025). Oft fehlen den Pflegekräften die entsprechenden Ressourcen, um mit der hohen Belastung umzugehen. Die Fähigkeit zur Bewältigung herausfordernder Situationen, ebenso wie eine hohe Belastbarkeit und Widerstandskraft sind Eigenschaften einer resilienten Person (Thun-Hohenstein et al., 2020).

Resilienz rückt seit der Corona-Pandemie hinsichtlich der beruflichen Gesundheitsförderung immer mehr in den Fokus der Gesundheitswissenschaften (Liu et al. 2024). Für Pflegekräfte stellt sie eine wichtige Ressource dar, um den berufsbedingten Stress besser zu bewältigen (Foster et al., 2019). Die Förderung der persönlichen Resilienz kann dazu beitragen die berufsbedingten Belastungen und weitere psychologische Folgen für die Pflegenden zu verringern (ebd.). Untersuchungen haben ergeben, dass eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit und Bindungsrate zu erkennen ist, wenn Pflegefachkräfte eine hohe Widerstandsfähigkeit aufweisen (Alkubati et al., 2025). Darüber hinaus kann eine höhere Resilienz die Effektivität der Pflege und die Pflegequalität verbessern (Mealer et al., 2012).

Gesundheitseinrichtungen brauchen Maßnahmen, um einer Überlastung der Pflegekräfte entgegenzuwirken und diese in ihrer Stressbewältigung zu unterstützen. In den vergangenen Jahren gab es einen Zuwachs an Programmen zur Gesundheitsförderung des Personals in Krankenhäusern, die auf die Stressbewältigung und Resilienzförderung abzielen (Rohwer et al., 2021). Trotz der bekannten hohen Beanspruchung des Pflegepersonals fehlt es derzeit an standardisierten und strukturell verankerten Interventionen zur nachhaltigen Förderung der psychischen Gesundheit der Pflegekräfte. Häufig sind die Maßnahmen in Kliniken uneinheitlich und setzten erst dort an, wenn sich die Stressreaktionen bereits manifestiert haben (Kunzler et al., 2022). Unter diesen Umständen ist es kritisch zu betrachten, dass aktuell empirische Erkenntnisse zu der Wirksamkeit von spezifische Resilienztrainings fehlen. Vor allem fehlen verlässliche Daten zu der Nachhaltig dieser Interventionen (ebd.). Es ist noch unklar, ob Resilienztrainings das Stressempfinden der Pflegenden langfristig beeinflussen oder ob die Effekte nur kurzfristig anhalten. Gesundheitseinrichtungen stehen vor der Herausforderung, Maßnahmen zu implementieren, deren Wirksamkeit bislang nicht hinreichend überprüft wurde, während gleichzeitig der Personalmangel und die Mitarbeiterbelastung steigt. Gerade in Kliniken, in denen Pflegekräfte häufiger mit akuten und komplexen Situationen konfrontiert sind, wird der Bedarf an psychologischer Gesundheitsförderung deutlich. Es bedarf einer Übersicht über die Möglichkeiten von Resilienztrainings hinsichtlich der Verbesserung der Widerstandskraft und des Stressempfindens der Pflegefachkräfte. So können nachhaltige Präventionsstrategien entwickelt werden und die psychische Gesundheit des Pflegepersonals in Klinken gefördert werden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Pflegende im klinischen Setting – Stressempfinden und Stressfolgen

Stress ist ein häufiges Phänomen im Alltag, chronischer Stress hingegen ist mit Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden verbunden (Ang et al. 2022). Stress entsteht durch eine Wechselwirkung zwischen dem Individuum und der Umwelt. Nach dem Transaktionalem Stressmodell (Lazarus & Folkamn, 1984) entsteht Stress, wenn persönliche und soziale Ressourcen als ungenügend eingeschätzt werden, um mit einem internen oder externen Stressor umzugehen (Ang et al., 2022; de Cordova et al., 2024). Das bedeutet Stress ist eine individuelle Reaktion auf einen Umweltreiz, der nicht mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden kann (Rohwer et al., 2021).

Im Pflegeberuf gibt es zahlreiche Stressoren, die zu einem hohen subjektiven Stressempfinden führen, oft sind diese Reize dauerhaft. Diese Stressoren können bedingungs-oder personenbezogen sein (Rohwer et al., 2021). Häufige bedingungsbezogene Belastungen sind unter anderem ein hohes Arbeitsaufkommen, Personalmangel, Schwierigkeiten in der Work-Life Balance und der hohe Zeitdruck (ebd.). Die Betreuung anspruchsvoller Patientengruppen, besonders in der Psychiatrie oder auf Intensivstation, steigert die psychische Belastung (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Hasan et al., 2017). Pflegekräfte sind oft mit Tod und Leid konfrontiert und erleben Gewalt oder Aggressionen durch Patient*innen und Angehörige (Kunzler et al., 2020). Ethische Konflikte und emotionale Belastungen sind im klinischen Alltag ebenfalls keine Seltenheit (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Eine Arbeit aus dem Jahr 2021 analysiert berufsbedingte Stressoren bei Pflegekräften auf Basis von 132 Studien (Okuhara et al., 2021). Die Autor*innen identifizieren den hohen Zeitdruck, Personalmangel und eine mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte als Hauptursachen für ein erhöhtes Stressempfinden bei Pflegenden (ebd.).

Eine der Folgen von Stress im Pflegeberuf sind die daraus resultierenden Erkrankungen. Pflegekräfte leiden häufig unter Depressionen, Angststörungen, post-traumatischen Belastungsstörungen und Burn-out. (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Kyranou & Karanikola, 2025; Lee et al., 2025). Gerade Burnout wird in der Literatur häufig im Zusammenhang mit der Gesundheit von Pflegekräften diskutiert (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Kunzler et al., 2022; Kyranou & Karanikola, 2025; Lee et al., 2025). Es ist eine langfristige Folge von Stress und äußert sich in emotionaler Erschöpfung,

Depersonalisierung und verminderter Leistungsfähigkeit (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Die Prävalenz von Burn-out, emotionaler Erschöpfung und psychosomatischer Beschwerden ist in der Pflegebranche deutlich höher als in anderen Berufen (Rohwer et al., 2021). In einer Meta-Analyse von 113 Studien aus der Zeit vor COVID-19 wird die weltweite Prävalenz von Burnout bei Pflegekräften auf 11,2 % geschätzt. Unter allen Fachbereichen verzeichnet die Gruppe der Intensivpflegekräfte mit 14,4 % die höchste Prävalenz (Woo et al., 2020).

Laut einer Erhebung von 2018 gaben 31,5 % der Pflegekräfte, die im Vorjahr ihren Arbeitsplatz verlassen hatten, Burnout als den Grund für ihren Weggang an (Shah et al., 2021). Eine weitere Auswertung schätzt, dass 31 % der Intensivpflegekräfte unter starker emotionaler Erschöpfung leiden, 18 % unter Depersonalisierung und 46 % empfinden ihre persönliche Leistungsfähigkeit als gering (Ramírez-Elvira et al., 2021). Pflegekräfte erkranken zudem teilweise doppelt so häufig an Depressionen, wie die Allgemeinbevölkerung (Rohwer et al., 2021). Besonders Intensivpflegekräfte und Pflegekräfte in kritischen Bereichen sind von den gesundheitlichen Folgen des beruflichen Stresses betroffen (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Hasan et al., 2017). Dies kann erhebliche Auswirkungen auf die eigene Gesundheit aber auch auf die Qualität der geleisteten Pflege haben und das in Bereichen, in denen die Patient*innen besonders vulnerabel sind (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Abu El-Kass et al., 2025).

Der berufsbedingte Stress hat zudem Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit der Pflegekräfte. Eine der häufigsten Erkrankungen, die zu Fehlzeiten in der Pflegebranche führen, sind Muskel-Skelettal Erkrankungen, die auf Grund der hohen Arbeitsbelastung entstehen (Techniker Krankenkasse, 2025). Auch Herz-Kreislauferkrankungen, Schlafprobleme und psychosomatische Beschwerden können im Zusammenhang mit Stress vermehrt auftreten (Rohwer et al., 2021).

Neben den Auswirkungen auf die Gesundheit der Pflegekräfte, hat der hohe Stress auch Folgen für die Gesundheitsversorgung (Lee et al., 2025). Der hohe Arbeitsaufwand, lange Arbeitszeiten, kurze Erholungszeiten und die Verantwortung für eine große Anzahl an Patient*innen gleichzeitig können die Qualität der Patientenversorgung deutlich beeinflussen (Abu El-Kass et al., 2025). Eine ausgeprägte Burn-out-Prävalenz unter Pflegefachkräften führt zur Verringerung der Patientensicherheit, zu einer höheren Anzahl an Stürzen, häufigeren Medikamentenfehler und häufigeren nosokomialen Infektionen (Li

et al., 2024). Die hohe psychische Belastung führt dazu, dass viele Personen den Beruf wechseln (Fluktuation von 33%) oder den Beruf ganz verlassen (Buchan et al., 2018; Foster et al., 2019). Daraus resultiert eine Verschärfung des Fachkräftemangels in der Pflege, was zu einer wachsenden Herausforderung für gesundheitliche Einrichtungen werden kann.

In den kommenden Jahren ist mit einer Zunahme der Arbeitsbelastung für Pflegekräfte zu rechnen. Der demografische Wandel führt zu einer Zunahme an pflegebedürftigen Menschen, während gleichzeitig ein Rückgang der erwerbstätigen Personen stattfindet, die die erforderliche Pflegearbeit leisten können (Rohwer et al., 2021). Personalmangel und steigender Arbeitsaufwand werden die Belastungen für die Pflegekräfte weiter verstärken. Personen, die als resilient gelten, können besser mit Stresssituationen umgehen und sich positiv an belastende Situationen anpassen (Ang et al., 2022; Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017)

2.2. Bedeutung von Resilienz in der Pflege

Der Begriff Resilienz wird im deutschsprachigen Raum als Widerstandsfähigkeit interpretiert (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2023). Eine genaue Begriffsdefinition wird in der Literatur weiterhin diskutiert. Unter anderem kann Resilienz wie folgt definiert werden:

> „Resilienz ist keine ausschließlich angeborene Fähigkeit, aber auch nicht ausschließlich das Resultat negativer oder positiver (Umwelt-) Einflüsse. Resilienz entwickelt sich über die Zeit. Somit erklärt sich Resilienz als ein allgemein menschliches Phänomen, das aus dem Zusammenwirken basaler humaner, adaptiver Systeme mit der Umwelt entsteht, um den Menschen zu befähigen, schwierige Lebenssituation zu bewältigen.“ (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 13)

Einig ist sich die Literatur bei Charakterisierung von Resilienz durch drei Merkmale:

I. Resilienz ist dynamisch. Es ist ein transaktionaler Prozess zwischen dem Subjekt und der Umwelt. Sie ist abhängig von bereits gemachten Erfahrungen und umweltbezogenen Einflüssen.

II. Resilienz ist variabel. Die Widerstandsfähigkeit verändert sich in der Lebensspanne eines Menschen.

III. Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional. In verschiedenen Lebenssituationen kann die Fähigkeit, mit belastenden Situationen umgehen zu können, sich unterscheiden. (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2023)

Psychologische Resilienz wird in der Literatur vermehrt seit den 2010er Jahren im Kontext der Gesundheit von Pflegepersonal diskutiert (Liu et al., 2024). Die Corona-Pandemie hat zusätzlich zu einer Ausweitung der internationalen Forschung zu Resilienz bei Pflegekräften geführt (ebd.).

Angesichts der hohen emotionalen, psychischen und organisatorischen Belastungen im Pflegeberuf, wird Resilienz als ein entscheidender Schutzfaktor für die psychische Gesundheit und damit für die berufliche Leistungsfähigkeit und die Pflegequalität angesehen (Ang et al., 2019). Resilienz in der Pflege beschreibt die Fähigkeit, sich trotz beruflicher Belastungen, wie Zeitdruck, emotionaler Arbeit, Konflikten oder existentiellen Patientenerfahrungen psychisch zu stabilisieren und professionell zu handeln (ebd.).

Pflegekräfte mit ausgeprägter Resilienz zeigen weniger Anzeichen von Burn-out, Compassion Fatigue und Depressionen (Ang et al., 2019). Zudem besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und der Qualität der Patientenversorgung (Han et al., 2023). Untersuchungen zeigen, dass Resilienz die negativen Folgen von Burnout bei Gesundheitspersonal abschwächen kann und damit im Zusammenhang mit einer besseren mentalen Gesundheit steht (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Durch eine höhere Widerstandsfähigkeit sind Arbeitskräfte in der Lage, effektiver zu arbeiten und können besser mit berufsbedingtem Stress umgehen (ebd.). Zusätzlich sind höhere Resilienzlevels mit einer höheren Job Zufriedenheit und geringeren Absicht den Beruf zu verlassen, verbunden (Füreder et al., 2024). Trotz der positiven Auswirkungen von Resilienz zeigt die Literatur, dass etwa nur ein Fünftel der Pflegenden im kritischen Setting eine hohe Resilienz aufweisen (Mealer et al., 2012).

Im Jahr 2022 wurde in einer Übersichtsarbeit die Prävalenz von geringer Resilienz bei Gesundheitspersonal untersucht (Cheng et al., 2022). In der Untersuchung wurde bei Pflegefachkräften eine Prävalenz von 27 % von geringer Resilienz festgestellt (ebd.). Diese Zahlen stehen im Zusammenhang mit dem Personalmangel und der Arbeitsbelastung. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Maßnahmen zur Förderung der Resilienz von Pflegenden sowie organisatorische Maßnahmen zur Schaffung einer gesunden Arbeitsumgebung erforderlich sind.

Im organisatorischen Kontext wird Resilienz zunehmend als Mittel zur Mitarbeiterbindung und Qualitätssicherung gesehen. Eine resilientere Pflegebelegschaft kann dazu beitragen den Herausforderungen des Fachkräftemangels, steigenden Patient*innenzahlen und zunehmender Arbeitskomplexität zu begegnen (Ang et al., 2019). In der bestehenden Literatur wird verlangt, dass Resilienzförderung als ein präventives Gesundheits-und Qualitätsmanagementinstrument auf der organisationalen Ebene etabliert wird. (Ang et al., 2019; Han et al., 2023; Kunzler et al., 2020)

2.3. Resilienzförderung in der Pflege

Die Förderung der Resilienz ermöglicht Pflegekräften trotz hoher Belastung ihre psychische Gesundheit und ihre berufliche Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Es gibt einige Stressmanagement Maßnahmen, die eine positive Wirkung auf Stress, Angst und Resilienz haben (Ghawadra et al., 2019; Lee et al., 2025). Allerdings stoßen die häufig eingesetzten Stressmanagement Programme wie „Mindfulness-Based Stress Reduction"-Interventionen (MBSR) dort an ihre Grenzen, wo die belastenden Arbeitsbedingungen nur begrenzt verbessert werden können (Cleary et al., 2018). Daher werden vermehrt Programme entwickelt, die besonders die Widerstandsfähigkeit von Pflegekräften stärken sollen, um mit belastenden Situationen umzugehen (Kunzler et al., 2022). Diese Resilienztrainings zeichnen sich durch einen ressourcenorientierten Ansatz und die Stärkung individueller Schutzfaktoren aus, was sie von anderen Gesundheitsförderungsprogrammen unterscheidet (Kunzler et al., 2022).

Die Fähigkeit mit belastenden Situationen umzugehen, wird meist als ein Ergebnis des Zusammenwirkens von Schutz- und Resilienzfaktoren betrachtet (Kunzler et al., 2020). Resilienz wird beeinflusst durch persönliche Faktoren und durch Umwelt -und beziehungsspezifische Faktoren (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2023). Durch die Stärkung dieser Faktoren kann die Resilienz einer Person gefördert werden (ebd.). Als Ansatzpunkt für die Resilienzförderung haben sich sechs zentrale Faktoren erwiesen, die als trainierbar gelten. Laut Reinhart und Pusch (2023) stehen folgende Resilienzfaktoren im Zentrum moderner Trainingskonzepte:

1. Selbstregulation: beschreibt die Fähigkeit, Gedanken, Emotionen und Verhalten in Einklang zu bringen und bewusst zu steuern. Interventionen wie MBSR oder kognitive Therapietechniken zielen darauf ab, Selbstwahrnehmung und

Emotionsregulation zu verbessern, wodurch Stressreaktionen reduziert und Handlungsspielräume erweitert werden.

2. Optimismus: bedeutet eine zuversichtliche, aber realistische Haltung gegenüber der Zukunft. Optimismus kann durch Techniken, wie kognitive Umstrukturierung (als Teil der positiven Psychologie) und Dankbarkeitsübungen trainiert werden.

3. Soziales Netz und Beziehungen: Soziale Unterstützung schützt vor Stress und fördert die psychische Stabilität. Programme, die Teamzusammenhalt, kollegiale Beratung und Peer-Support stärken können Beziehungen stärken.

4. Selbstwirksamkeit: Beschreibt die Überzeugung, Herausforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Trainings zur Selbstwirksamkeit setzten oft Rollenspiele, Stressinokulation oder Coaching ein, um Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken.

5. Zukunfts- und Lösungsorientierung: bedeutet Probleme aktiv angehen, sich auf lösbarere Aspekte konzentrieren und Handlungsfähigkeit bewahren. Kognitive Verhaltenstherapie oder systemische Interventionen unterstützen diesen Faktor durch strukturierte Problemlöseprozesse

6. Sinn- und Werteorientierung: Handlungen und Entscheidungen eine Bedeutung geben. Pflegekräfte, die ihren Beruf als sinnvoll erleben, zeigen höhere Resilienz. (Reichhart & Pusch, 2023, S. 33-40)

Es ist wichtig zu beachten, dass diese sechs Faktoren nicht isoliert betrachtet werden sollten, sondern in Wechselwirkung stehen und nicht die einzigen Resilienzfaktoren sein müssen. Resilienz Interventionen zielen häufig auf mehrere Dimensionen gleichzeitig ab (Kunzler et al., 2020).

Obwohl es zahlreiche resilienzfördernde Programme gibt, existiert bislang kein einheitliches, standardisiertes Konzept für Resilienztrainings in der Pflege (Kunzler et al., 2020; Yu et al., 2024). Die theoretischen Grundlagen variieren, ebenso wie die vermittelten Inhalte und Formate.

Im Allgemeinen basieren Resilienztrainings auf verschiedenen Psychotherapeutischen Ansätzen. Häufig werden kognitiv-verhaltenstherapeutische (KVT) Methoden, Achtsamkeitstrainings (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), Elemente der

positiven Psychologie (kognitive Umstrukturierung) und Programme zur Selbstfürsorge und Emotionsregulation angewendet (Joyce et al., 2018; Kunzler et al., 2022; Yu et al., 2024). Am stärksten vertreten in aktuellen Resilienztrainings sind Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und Achtsamkeitstrainings (Joyce et al., 2018). Viele Programme kombinieren diese Ansätze miteinander. Weitere multimodale Programme bieten psychologische Trainings in Kombination mit körperlichen Einheiten wie Yoga, Sport oder Meditation an (Mealer et al., 2014; Yu et al., 2024).

Die Formate variieren von Präsenzveranstaltungen bis hin zu Online-Angeboten (Yu et al., 2024). Diese können in Gruppen oder in Einzelsitzungen stattfinden. Resilienztrainings nutzen Methoden wie Rollenspiele, Diskussionen, praktische Übungen, Selbstlernaufgaben und informative Inhalte, PowerPoint Präsentationen, Handouts oder Apps zur Vermittlung der Inhalte (Abbasalizadeh et al., 2024; Zhai et al., 2021). Im Zusammenhang mit dem technologischen Fortschritt und der Zunahme digitaler Gesundheitsangebote werden Resilienztrainings immer häufiger über Onlineplattformen angeboten (Ang et al., 2022; Yu et al., 2024). Digitale Trainingsformate lassen sich flexibel einsetzen und haben daher Vorteile in der Reichweite und der organisatorischen Umsetzung (Bock et al., 2025). Digitale Resilienztrainings können asynchron oder synchron stattfinden. Sie integrieren oft verschiedene Formate wie Audio-Übungen, Videos oder Interaktive Aufgaben (Yu et al., 2024).

Die meisten Programme zielen vor allem auf die genannten Individuellen Schutzfaktoren ab, während organisationale und strukturelle Faktoren, wie beispielsweise das Führungsverhalten der Vorgesetzten, die Teamkultur und andere Arbeitsbedingungen nicht berücksichtig werden (Yu et al., 2024). Resilienz wird zunehmend als ein dynamischer Prozess betrachtet, der durch soziale, individuelle und umweltbezogene Faktoren beeinflusst wird (Taylor et al., 2019). Neuere Resilienztrainings legen ihren Fokus daher auch auf strukturelle Anpassungen (Han et al., 2023). Entsprechende Maßnahmen umfassen die Förderung der Sicherheit von Pflegekräften in Krankenhäusern, den Aufbau psychologischer Beratungsstellen sowie die Wahrung der Rechte der Pflegekräfte und die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse (ebd.).

3. Ziel und Fragestellung der Arbeit

Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, den aktuellen Stand der Forschung hinsichtlich Resilienztrainings für klinisch Pflegende darzustellen. Untersucht werden soll, welchen

Effekt die bislang in Kliniken implementierten Resilienztrainings auf die Resilienz und das Stressempfinden der Pflegekräfte haben. Bisherige Literaturarbeiten haben gezeigt, dass Interventionen zur Stärkung der individuellen Resilienz stark heterogen sind in Hinblick auf Methodik, Format und theoretischen Hintergrund. Mit dem Fokus auf Programme, welche ausdrücklich zur Stärkung der Resilienz oder einzelner Resilienzfaktoren beitragen, kann eine spezifischere Evidenz geschaffen werden. Darüber hinaus werden in dieser Arbeit die kurz- und langfristigen Auswirkungen der unterschiedlichen Trainings zusammengefasst. Die Ergebnisse hieraus können von bedeutender Relevanz für die Praxis sein und damit Pflegekräften im Krankenhaus eine bessere Vorbereitung auf die Arbeitsbelastung bieten. Darauf aufbauend wird für diese Literaturarbeit folgende Fragestellung formuliert:

„Welchen Effekt haben resilienzfördernde Interventionen auf das Stressempfinden und die Resilienz von Pflegekräften im klinischen Setting?“

4. Methodik

4.1. Literaturrecherche

In dieser Arbeit wurde als Instrument zur Beantwortung der Fragestellung eine systematische Literaturrecherche gewählt. Hierbei wurde sich an den Leitlinien der PRISMA-Erklärung (The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) zur Berichterstattung von systematischen Literaturrecherchen orientiert (Page et al., 2021). Die Durchführung der Literatursuche fand im Zeitraum vom 30.09.2025 bis 02.10.2025 auf den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed und CINAHL statt. PubMed ist eine frei zugängliche bibliografische Datenbank, die überwiegend Texte aus dem biomedizinischen Bereich indexiert und auf die MEDLINE Datenbank der U.S. National Library of Medicine zugreift. CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) deckt überwiegend Literatur aus den Bereichen Pflegewissenschaften, Gesundheitswissenschaften und Therapie ab.

4.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Zunächst wurden für die systematische Litertaurecherche Ein- und Ausschlusskriterien definiert, um geeignete Literatur zu identifizieren. Zur Nachvollziehbarkeit der Literaturauswahl sind die Kriterien in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Kategorie	**Kriterium**	**Begründung**
Einschlusskriterium	Interventionen, bei denen die Förderung oder Stärkung von Resilienz das primäre Ziel darstellt	Einschluss von spezifischen Interventionen zur besseren Vergleichbarkeit
Einschlusskriterium	Interventionen, die spezifische Resilienzfaktoren stärken	Unterstützung der detaillierten Betrachtung der Outcomes
Einschlusskriterium	Nennung von Resilienzförderung in der Veröffentlichung (z.B. enhancing, promoting, fostering, buildung resilience)	Identifizierung von spezifischen resilienzfördernden Maßnahmen
Einschlusskriterium	Krankenhaussetting	Eingrenzung des Settings auf die spezielle Stresssituation im Krankenhaus
Einschlusskriterium	Jegliche Durchführungsarten (digital, analog, Einzeln oder in Gruppen)	Auffinden verschiedener Formate für eine detaillierte Übersicht
Einschlusskriterium	Körperliche Interventionen (Yoga, Sport) werden nur eingeschlossen, wenn sie in Kombination mit psychologischen Maßnahmen durchgeführt werden.	Die Kombination von körperlichem und psychologischem Training kann potenziell zu neuen Erkenntnissen bezüglich der Wirksamkeit führen.
Einschlusskriterium	Sprache: Englisch, Deutsch	Generierung der meisten Ergebnisse
Ausschlusskriterium	Pflegende in der Ausbildung oder im Studium	Studierende/Auszubildene haben andere Stressoren als Fachkräfte, was einen Einfluss auf die Resilienzentwicklung haben könnte

Ausschlusskriterium	Ambulantes – oder Langzeitsetting	Eingrenzung der Zielgruppe, da berufsbedingte Stressoren in verschiedenen Bereichen variieren können.
Ausschlusskriterium	Andere psychologische gesundheitsfördernde Interventionen, die nicht primär Resilienz fördern	Eingrenzung der Interventionsart zur Generierung von vergleichbaren Interventionen
Ausschlusskriterium	Rein pharmakologische oder körperliche Interventionen	Eingrenzung der Interventionsart zur Generierung von vergleichbaren Interventionen
Ausschlusskriterium	Psychotherapeutische Interventionen, die zur Behandlung klinischer Störungen (z.B. Depressionen) entwickelt wurden	Schaffen einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Solche Interventionen zielten primär auf andere Outcomes ab.
Ausschlusskriterium	Studien mit Fokus auf COVID-19 Auswirkungen.	Bessere Vergleichbarkeit der Interventionen schaffen, da die Pandemie zu extremen Bedingungen geführt hat.
Ausschlusskriterium	Kein Zugriff auf Volltext	

Die in der Tabelle aufgeführten Kriterien wurden nach der initialen Kurzsuche definiert. Es wurden Studien ausgeschlossen, die sich primär auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie beziehen, um eine generalisierende Betrachtung der Ergebnisse zu ermöglichen. Die Pandemie hat eine besondere Arbeitsbelastung für die Pflegenden dargestellt und ist daher nicht repräsentativ für die grundsätzliche Stressbelastung der Stichprobe.

4.3. Suchstrategie

Für die gezielte Suche nach Literatur wurde zunächst die Fragestellung in einzelne Bausteine zerlegt. Zu jedem Baustein wurden daraufhin passende Suchbegriffe formuliert, die anhand der vorrangegangen Kurzrecherche als geeignet erachtet wurden. Zur Erhöhung der

Trefferdichte wurden englische Schlagwörter verwendet. Die verwendeten Suchbegriffe wurden in einer Tabelle aufgelistet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Suchbegriffe für die Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Kategorie	**Suchbegriffe**
Personengruppe	nurs*; nursing staff; registered nurse; hospital nurse
Intervention	resilience training; resilience program*; resilience intervention*; resilience enhancing
Outcome	resilience; psychological resilience; psychological stress; stress perception; occupational stress; resilience skills; coping

Für die Suche in den Datenbanken PubMed und CINHAL wurden datenbankspezifische Schlagwörter zu der Suche ergänzt. Dadurch wurde die Suche präziser. Schlagwörter sind kontrollierte Fachbegriffe, die dazu genutzt werden, um in Datenbanken wissenschaftliche Artikel zu beschreiben und zu indexieren (Lipscomb, 2000). Sie ermöglichen das Auffinden von themenrelevanter Literatur, auch wenn diese nicht die genutzten Fachbegriffe enthält. MeSH (Medical Subject Headings) ist das standardisierte Verfahren der U.S. National Library of Medicine und dient der inhaltlichen Indexierung auf PubMed (ebd.). Das Äquivalent dazu ist „CINAHL Headings“ (MH) für die Datenbank CINHAL.

Die Suchbegriffe und Schlagwörter wurden durch die booleschen Operatoren miteinander verknüpft. Der Operator „AND“ kombiniert Suchbegriffe, die gleichzeitig in der relevanten Literatur vorkommen sollen. Wohingegen „OR“ dazu dient, Ergebnisse zu generieren, die mindestens einen der genannten Begriffe einhalten. Zusammengehörige Begriffe müssen bei der Nutzung von „OR“ in Klammern gesetzt werden. In dieser systematischen Suche wurde außerdem der Operator „NOT“ verwendet, um Ergebnisse auszuschließen, welche Pflegestudent*innen oder Schüler*innen betreffen. Zudem wurde die Trunkierung „*“ genutzt. Mithilfe dieser Trunkierung können verschiedene Endungen eines Wortstammes gesucht werden (z.B. nurs* beinhaltet u.a. nurses, nursing, nurse).

Um die Ergebnisse weiter zu präzisieren wurde der Filter title/abstract (tiab) auf PubMed genutzt. Damit können die Suchergebnisse auf Studien eingegrenzt werden, die bestimmte Suchbegriffe im Titel oder im Abstrakt haben. Damit wird sichergestellt, dass der Begriff

nicht nur am Rande der gesuchten Arbeit behandelt wird, sondern ein zentrales Thema der gefundenen Studie ist (Rethlefsen et al., 2021)

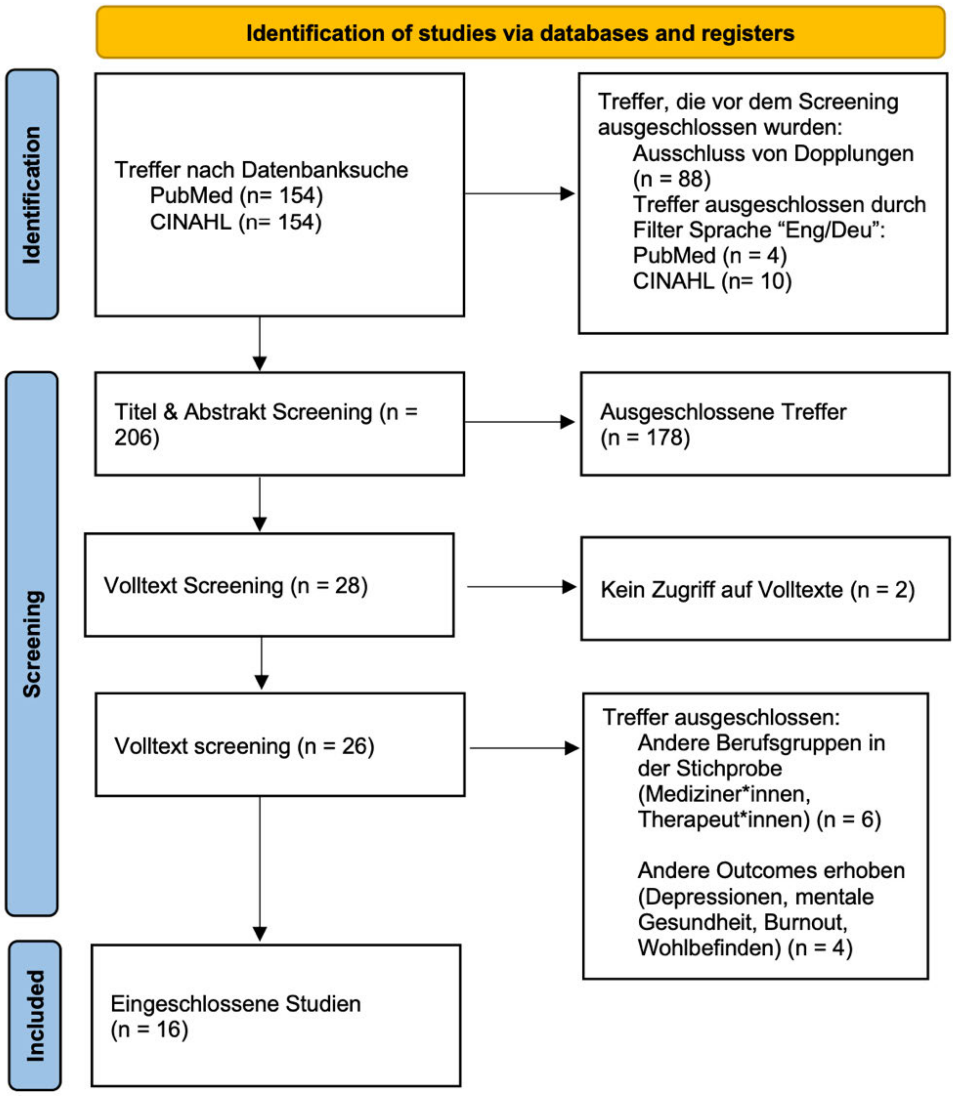
Operatoren, Suchbegriffe und Schlagwörter wurden zu einem Suchstring verknüpft. Für die verschiedenen Datenbanken wurde der String mit den oben genannten Hilfsmitteln präzise angepasst, um genaue Ergebnisse zu gewährleisten. Die genutzten Suchstrings sind dem Anhang (1) zu entnehmen. Außerdem wurde der Filter "Sprache" für die Sprachen Englisch und Deutsch verwendet, um fremdsprachige Literatur auszusortieren.

Das Literaturverwaltungsprogramm „Zotero“ Version 7.0.26. wurde in dieser Arbeit, zur Sammlung und Sortierung der Literatur genutzt.

4.4. Datenextraktion und Analyse

Nach der Anwendung der beschrieben Suchstrategie erfolgte die systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken. Der Auswahlprozess der Studien ist in Abbildung 1 gemäß PRISMA- Flowchart (Page et al., 2021) dargestellt.

Abbildung 1: *PRISMA-Flowchart - systematische Literaturrecherche*



Wie im Flussdiagramm (Abb. 1) abgebildet konnten 308 Datensätze identifiziert werden (PubMed: N= 154; CINAHL n= 154). Nach dem Entfernen von 88 Duplikaten verblieben 220 Datensätze. Anschließend wurden durch einen Sprachfilter (englisch/deutsch) 14 weitere Datensätze als nicht relevant ausgeschlossen (PubMed: n= 4; CINAHL: n = 10).

Insgesamt wurden somit 206 Datensätze in die Screening-Phase aufgenommen. Nach Titel- und Abstrakt-Screening wurden 178 Artikel mithilfe der vorher definierten Ein- und Ausschlusskriterien (Tab. 1) ausgeschlossen. Daraufhin wurden 28 potenziell relevante Artikel für die Volltextanalyse ausgewählt. Zwei dieser Artikel konnten nicht als Volltext beschafft werden. Von den verbliebenden 26 Volltextartikeln wurden 10 aufgrund weiterer inhaltlicher Kriterien ausgeschlossen. Sechs der ausgeschlossenen Studien enthielten andere Berufsgruppen in der Stichprobe zum Beispiel Mediziner*innen oder Therapeut*innen. Die anderen vier ausgeschlossenen Studien fokussierten sich hauptsächlich auf andere Outcomes darunter Depressionen, Burnout oder die allgemeine mentale Gesundheit. Schließlich konnten 16 Studien in die endgültige Auswertung der systematischen Übersichtsarbeit eingeschlossen werden. Diese Studien wurden anhand der Critical Appraisal Tools-Checklisten des Joanna Briggs Institutes und der Scale for the quality Assessment of Narrative Review Articles (SANRA) in Bezug auf ihre methodische Qualität bewertet (Joanna Briggs Institute, o. J.; Baethge et al., 2019).

5. Ergebnisse

Zunächst werden die Methodik und die untersuchten Interventionen der eingeschlossenen Studien dargestellt. Zu den eingeschlossenen Arbeiten zählen elf Primärstudien, die zwischen 2014 und 2025 veröffentlicht wurden. Diese wurden in den Ländern USA, Iran, Deutschland, Schweiz, Australien, China, England, und Türkei durchgeführt. Die fünf Reviews und Meta-Analysen stammen aus den Jahren 2021 bis 2025.

Die primären Arbeiten haben methodisch eine hohe Heterogenität. Vertreten sind sowohl randomisierte kontrollierte Designs (RCT), quasi-experimentelle Designs, qualitative Designs und Beobachtungsstudien. Die Stichprobengröße der Primärstudien variiert deutlich zwischen n = 24 (Foster et al., 2018) und n = 242 (Montgomery et al., 2025). Die Mehrheit der Studien konzentriert sich auf Pflegefachkräfte in hochbelastenden klinischen Settings, insbesondere Intensivstationen (Abbasalizadeh et al., 2024; Kavuran et al., 2025; Mealer et al., 2014; Lee et al., 2025). Weitere Untersuchungen betreffen psychiatrische Pflegekräfte (Foster et al., 2018), forensische Pflegekräfte (Henshall et al., 2020) und Notfallpflegekräfte (Liao et al., 2025). Einige Studien fokussieren sich auf spezifische Gruppen wie etwa neue Pflegefachkräfte (Okamoto et al., 2024) oder Pflegekräfte mit Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz (Liao et al., 2025).

Zur Erhebung der Outcomes wurden hauptsächlich standardisierte Instrumente wie die Connor-Davidson Resilience Scale (CD- RISC), die Brief Resilience Scale (BRS), der Well-Being Index (WBI), die Perceived Stress Scale (PSS) oder die Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) in den Studien verwendet. Außerdem nutzten Foster et al. (2018) den Workplace Resilience Inventory (WRI), Babanataj et al. (2019) die ENSS (Expanded Nursing Stress Scale) und Mealer et al. (2024) die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Eine detaillierte Übersicht der Arbeiten befindet sich im Anhang 2.

5.1. Resilienztrainings in der klinischen Pflege

In der Literatur gibt es ein breites Spektrum an spezifischen resilienzfördernden Interventionen, die auf ihre Effektivität untersucht wurden. Die, in dieser Arbeit identifizierten, Maßnahmen variieren hinsichtlich ihrer Dauer, ihres Formats, der Methodik und des theoretischen Hintergrunds. Es gibt Trainings, die digital, analog oder in einem Hybridformat vermittelt werden, darunter solche, die rein psychologische Ressourcen fördern und andere die multimodale Ansätze verfolgen. Im Grunde dienen die meisten Trainings der Förderung der individuellen psychologischen Resilienzfaktoren (z.B. Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Coping). Immer mehr Resilienztrainings schließen ergänzend die Stärkung umweltbezogener Resilienzfaktoren und sozialer Resilienzfaktoren mit ein. Im Folgenden werden die Interventionen jeweils nach digitalem, analogem und hybridem Format geordnet dargestellt.

Zunächst werden die analogen Resilienztrainings vorgestellt, die in der Literatur hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht wurden. Ein Großteil der Resilienzprogramme basieren auf den theoretischen Modellen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und der positiven Psychologie. In der quasi-experimentellen Studie von Babanataj et al. (2019) untersuchten die Autor*innen die Effekte eines fünfteiligen Resilienztrainings, das auf diesen zwei Modellen basiert. Evaluiert wurden die Auswirkungen des Trainings auf das Stressempfinden (ENSS) und auf die Resilienz (CD-RISC) von Intensivpflegefachkräften. Die Daten wurden vor der Durchführung und zwei Wochen Post-Intervention ermittelt (ebd.). Das Ziel dieses Programms, war die Minimierung der beruflichen Belastung und die Stärkung der Resilienz von Intensivpflegekräften. Die fünf Einheiten des Trainings unterscheiden sich thematisch und dauern jeweils 90-120 Minuten. In der ersten Einheit werden die Grundlagen von Resilienz und die Eigenschaften resilienter Personen vermittelt (ebd.). Danach folgt die Auseinandersetzung mit den internen Schutzfaktoren einer Person darunter Optimismus und Selbstwert. In der nächsten Einheit werden externe

Unterstützungsmethoden wie etwa soziale Beziehungen identifiziert und ausgebaut. Darauf aufbauend wird sich auf die Förderung von Resilienz konzentriert mit dem Fokus auf Kommunikationstechniken und den Umgang mit Stress (ebd.). Abschließend werden die einzelnen Resilienzfaktoren gestärkt, beispielsweise Selbstwirksamkeit und Optimismus. Das Programm wurde von Forscher*innen und Psychiater*innen in Gruppen durchgeführt (ebd.).

Ähnliche Inhalte finden sich auch in dem Programm von Janzarik et al. (2022), die ein achtwöchiges Gruppentraining auf Basis eines psychodynamischen Modells entwickelten, das Achtsamkeit, Problemlösung und Selbstreflexion kombinierte. In dieser RCT-Studie nutzten die Autor*innen validierte Messinstrumente, um die Auswirkungen auf die einzelnen Resilienzfaktoren zu erfassen. Außerdem wurde die individuelle Resilienz (CD-RISC, BRS) und das Stressempfinden der Pflegefachkräfte (PSS) erhoben (ebd.). Weiterhin gab es eine Wartelisten-Kontrollgruppe, um allen 72 Proband*innen die gleiche Intervention zukommen zu lassen. Die Daten wurden an drei Erhebungszeitpunkten (Prä-, Post- und Follow-up) gemessen, wobei die letzte Follow-up Messung neun Monate Post-Intervention stattfand. Dieses Programm zielt auf sechs psychologische Resilienzfaktoren ab (Coping, kognitive Flexibilität, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Selbstpflege, Achtsamkeit) und vermittelt verschiedene therapeutische Techniken zur Stärkung dieser Faktoren (ebd.). Unter anderem zählen dazu die kognitive Umstrukturierung, Achtsamkeitsübungen in Form von progressiver Muskelentspannung (PMR) und Methoden zur Stärkung der Selbstwirksamkeit (ebd.).

Das analoge Training „Promoting Adult Resilience“ (PAR) wurde von den Autoren speziell für psychiatrische Pflegekräfte angepasst (Foster et al., 2018). Mittels einer Feasability-Studie wurde die Umsetzbarkeit und die Akzeptanz des Resilienztrainings evaluiert. Im Anschluss an das Programm wurde eine Umfrage mit 18 Fragen eingesetzt, um die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit der Intervention zu ermitteln (ebd.). Kombiniert wurde die Umfrage mit validierten Messinstrumenten zur Erfassung der Effekte auf die berufsbedingte Resilienz (WRI) und auf Faktoren der mentalen Gesundheit (DASS-21). Die Teilnehmerzahl der durchgeführten Umfrage belief sich auf 24 Personen (ebd.). Das PAR-Training entspricht ähnlichen Grundlagen wie den der bereits genannten resilienzfördernden Interventionen. PAR basiert ebenfalls auf Elementen der KVT und der interpersonalen positiven Psychologie. Das Programm wurde über einen Zeitraum von zwei Tagen durchgeführt und beinhaltet sieben Module (ebd.). Diese dienen dazu innere Stärken

auszubauen, die die psychiatrischen Pflegekräfte dabei unterstützen können, mit Stress umzugehen und die so zu ihrem Wohlbefinden beitragen sollen. Die sieben Inhalte umfassen zunächst die Vermittlung der theoretischen Grundlagen von Resilienz. Anschließend erfolgt die Auseinandersetzung und die Anwendung von Stressmanagement Strategien (ebd.). Daraufhin wird die Bedeutung von negativen Self-Talk für die eigene körperliche und psychische Gesundheit behandelt sowie die Vorteile von der eigenen Widerstandfähigkeit thematisiert. Zusätzlich wird die Bedeutung von positiven Beziehungen und Konfliktmanagement erläutert und es werden Methoden zu deren Stärkung angewendet. Abschließend werden Methoden vorgestellt, die das eigene Wohlbefinden der Pflegekräfte fördern sollen (ebd.). Die Inhalte wurden per PowerPoint-Präsentationen, Videos, Lehrbücher, Gruppenaktivitäten sowie Gruppendiskussionen an die Teilnehmer*innen vermittelt.

Mehrere Programme kombinieren achtsamkeitsbasierte Methoden mit den beschriebenen psychotherapeutischen Ansätzen (KVT, Positive Psychologie). Häufig werden Methoden wie Meditationen, Atemübungen und die Steigerung der Körperwahrnehmung genutzt, die auf der „Mindfulness-Based Stress Reduction“ (MBSR) basieren (Abbasalizadeh et al., 2024; Mealer et al., 2014). Ursprünglich ist MBSR ein Stressmanagement Programm, wird nun aber zunehmend im Zusammenhang mit psychologischer Resilienzförderung angewendet. Ein Beispiel für den Einsatz von achtsamkeitsbasierten Methoden ist das 12-wöchige Resilienztraining von Mealer et al. (2014), welches unter anderem MBSR-Techniken zur Stressreduktion mit einer kognitiven Verhaltenstherapie kombiniert. Die teilnehmenden Intensivpflegekräfte durchliefen zunächst einen zwei-tägigen Workshop, bei dem ihnen verschiedene Achtsamkeitsübungen gezeigt wurden (ebd.). Hierbei wurden die MBSR-Techniken „Body Scan“ und Meditation im Sitzen genutzt, um das Stressempfinden zu reduzieren. Im Laufe der 12 Wochen nahmen die Proband*innen zusätzlich an einer schriftlichen Expositionstherapie und einer kognitiven Verhaltenstherapie teil und führten die MBSR-Übungen fortlaufend durch (ebd.). Außerdem erhielten die Proband*innen eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio (ebd.). Diese Feasability-Pilotstudie verwendete ein klassisches RCT-Design mit Kontrollgruppe. Nach Abschluss des Trainings wurde die Resilienz der ITS-Pflegefachkräfte mit den Scores vor der Durchführung verglichen (CD-RISC). Diese Studie untersuchte zum einem die Auswirkungen auf psychische Erkrankungen (PTSD, Depressionen, Burn-out) und zum anderen die Akzeptanz des Trainings (ebd.). Die 27 Teilnehmer*innen füllten im Anschluss der Intervention einen

Fragebogen bezüglich Zufriedenheit und Akzeptanz aus, der jeden Bereich des Trainings abdeckte (ebd.).

Zunehmend existieren Interventionen, die psychologische Resilienztrainings mit körperlichen gesundheitsfördernden Maßnahmen kombinieren. Kavuran et al. (2025) führten eine quasi-experimentelle Studie durch, in der sie den Effekt einer Kombination aus Yoga und Resilienztraining untersuchten. Hierbei durchlief eine Gruppe ausschließlich das achtteilige Yogaprogramm, eine Gruppe das analoge Resilienztraining und die dritte Gruppe erhielt beide Interventionen. Das Resilienztraining basiert auf ähnlichen Grundlagen wie andere Programme und besteht aus acht Einheiten (ebd.). Insgesamt nahmen 84 Intensivpflegekräfte an der Studie teil. Mithilfe des DASS-21 wurden Veränderung des Stresses der Proband*innen festgestellt (ebd.).

Immer mehr Programme berücksichtigen nicht nur individuelle Aspekte, sondern auch soziale und strukturelle Aspekte in der Arbeitsumgebung. Das von Henshall et al. (2020) entwickelte Programm „Taking Care of Yourself to Take Care of Others“ setzt auf die Förderung der Widerstandsfähigkeit, Spiritualität, Reflexion, emotionale Intelligenz und Work-Life Balance. Dieses analoge Gruppentraining hat das Ziel neben der individuellen Resilienz auch die soziale Kohärenz und Teamunterstützung der Pflegekräfte auf forensischen Stationen zu fördern (ebd.). Zur Förderung der sozialen Unterstützung und Stärkung positiver Beziehungen im Team wurden mehrere Mentoring-Sitzungen durchgeführt, in denen die Bedeutung von positiven Beziehungen zu Mentoren erläutert wurde (ebd.). Außerdem wurde den Pflegekräften Methoden zur Selbstreflexion und zur Reflexion der Arbeitsumgebung nahegelegt. Um qualitative Daten zu erheben, wurden in dieser Mixed-Methods Studie Interviews mit Proband*innen geführt (ebd.). Damit konnte die subjektive Wahrnehmung der individuellen Resilienz erhoben werden, aber auch die Zufriedenheit mit dem „Taking care of yourself to take care of others“-Programm. Diese Daten wurden mit quantitativen Fragebogendaten kombiniert, die Prä- und Post-Intervention mit eigens entwickelten Messinstrumenten zur Erhebung der Resilienz, ermittelt wurden (ebd.). An den Interviews nahmen 12 Pflegekräfte teil, insgesamt haben 29 Personen am Resilienztraining teilgenommen und die quantitativen Fragebögen ausgefüllt (ebd.).

Neben der Vielzahl an analogen Resilienztrainings gibt es eine wachsende Anzahl an digitalen Trainingsformaten für Pflegekräfte. Eine RCT-Studie aus dem Jahr 2024 nutzte ein einfach-verblindetes Design und untersuchte eine Applikation für Mobilgeräte mit

Mikrolerneinheiten mit dem Namen „mHealth“ (Abbasalizadeh et al., 2024). Die Intervention beinhaltet edukative Kurzvideos, Videos zu praktischen Übungen mit einer Länge von drei bis fünf Minuten und kurze eingesprochene PowerPoint Präsentationen (ebd.). Im Zentrum dieser Intervention stehen Themen wie Hoffnung, effektive Kommunikation, stresslösende Atemtechniken, Förderung des Selbstwert und Ansätze zur Problemlösung und zur Reduktion von Stress und Angst (ebd.). Die Interventionsgruppe erhielt Zugriff auf die App über fünf Monate. Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe bestanden jeweils aus 30 Intensivpflegekräften. Es gab hierbei keine signifikanten Unterschiede in den demographischen Daten. Anhand der DASS-21 wurden Depression-, Angst- und Stresscores vor und nach Durchführung des Resilienzprogramms erhoben (ebd.).

Mittels Online-Umfragen wurden Daten für eine Querschnittsstudie im Jahr 2025 erhoben (Montgomery et al., 2025). Montgomery et al. (2025) erfassten die Wirksamkeit des digitalen „Community Resilience Model (CRM)“- Trainings auf folgende Outcomes: Wahrnehmung der organisatorischen Unterstützung, Resilienz (CD-RSIC-2), Burn-out, Stress (Well-Being Index, WBI) und die Kündigungsabsicht. Das Training wurde in das betriebliche Gesundheitsförderungsprogramm „WE CARE“ integriert. Insgesamt haben 242 Pflegekräfte an dem Resilienztraining teilgenommen (ebd.). Das Programm wurde von sechs ausgebildeten CRM-Trainer*innen in einer dreistündigen Online-Sitzung vermittelt. Zunächst fand nur ein Meeting statt, das sich an Pflegende in Führungspositionen und Pflegefachkräfte richtet (ebd.). Die zentralen Inhalte des Trainings sind sechs sogenannte „Wellness Skills“, die den Teilnehmer*innen demonstriert wurden. Folgende Skills wurden in der Online-Schulung übermittelt: tracking, grounding, ressourcing, help now/ reset now, gesturing, shift and stay. Diese Skills zielen auf das Stressmanagement und die Emotionsregulation ab (ebd.). Mithilfe des digitalen Formats konnte eine größere Flexibilität sowie höhere Teilnehmer*innenzahl erreicht werden, da die Inhalte von überall zugänglich waren.

Eine RCT-Studie mit Wartelisten-Kontrollgruppe aus dem Jahr 2025, untersuchte ebenfalls ein Onlinetraining für Intensivpflegekräfte auf dessen Effektivität hin (Lee et al., 2025). 40 Pflegefachkräfte wurden mittels der BRS und der PSS auf ihre Resilienz und ihr Stressempfinden Prä-und Postintervention hin untersucht (ebd.). Zusätzlich wurde das Vorhandensein von Depressionen und Burnout sowie die berufliche Erfüllung ermittelt. Das „Enhanced Stress Resilience Training“ (ESRT) nutzte digitale Lernmodule, die auf der App

„Mindful Brain“ für Pflegekräfte bereitgestellt wurden (ebd.). Zusätzlich wurden wöchentliche Zoom-Meetings von ausgebildeten ESRT-Trainer*innen durchgeführt und Lernvideos bereitgestellt. Zu den vermittelten Strategien zählen überwiegend Inhalte des MBSR- Konzepts wie beispielsweise Atemtechniken, Stärkung der Körperwahrnehmung und andere Achtsamkeitsübungen zur Stärkung der Emotionsregulierung (ebd.). Durch die Regulierung der Emotionen soll die Resilienz der Pflegekräfte gestärkt werden.

Zwei der eingeschlossenen Studien untersuchten Hybridformate auf ihre Effektivität hinsichtlich Stressreduzierung und Resilienzförderung. Unter anderem untersuchte Liao et al. (2025) die Langzeiteffekte eines Hybrid-Programms für Notfall-Pflegefachkräfte, die bereits Erfahrung mit Gewalt am Arbeitsplatz machen mussten. Diese Studie ermittelte die Auswirkungen auf die Resilienz (CD-RISC), auf Angst (HADS) und auf die wahrgenommene institutionelle Unterstützung (Percieved Organisational Support Scale) (ebd.). Die Daten von der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe (n=71) wurden verglichen. Sie wurden Prä- und Post-Intervention und nach 12 Wochen erhoben (ebd.). Das 12-Wöchige „Comprehensive Active Resilience Education“ (CARE)- Programm hat einen integrativen Ansatz, der Achtsamkeit, Coping, positive Selbstwahrnehmung und organisatorische Unterstützung stärken soll (ebd.). Als Teil dieser Intervention sollten die Pflegekräfte mindestens dreimal wöchentlich Achtsamkeitsübungen (MBSR) durchführen und ihre Fortschritte dokumentieren und an die Forscher*innen weitergeben (ebd.). Alle zwei Wochen nahmen die Teilnehmer*innen an einer Präsenzveranstaltung teil, in welcher psychotherapeutische Inhalte wie beispielsweise Emotionsregulation und Coping Strategien zur Resilienzförderung behandelt werden. Zusätzlich erhielten die Pflegekräfte Zugang zu einer interaktiven Onlineplattform mit ergänzenden Inhalten und Hausaufgaben, die von Psychotherapeut*innen bereitgestellt wurden (ebd.).

In einer Klinik in den USA wurde ein hybrides Resilienztraining in das standardisierte „Nurse Residency Program“ integriert, um neu examinierte Pflegekräfte bei ihrem Einstieg in den Beruf zu unterstützen und deren berufliche Zufriedenheit zu verbessern (Okamoto et al., 2024). Zudem soll durch die Implementierung des Resilienztrainings die Resilienz und das psychische Wohlbefinden gestärkt werden. Das Einarbeitungsprogramm (Nurse Residency Programm) dient der Förderung des Wohlbefindens der neuen Mitarbeiter. Das darin integrierte Resilienztraining beinhaltet didaktische Vorträge, individuelle Zielsetzung, Einzelbetreuung und eine Follow-up Support-Gruppe (ebd.). Aufgrund der Corona-Pandemie fand das Resilienztraining nach einigen Wochen ausschließlich online statt. Es

wurde anhand der BRS, der Skala zur Erfahrung von neu examinierten PFKs (Casey–Fink Graduate Nurse Experience Survey, CFGNES) und der Professionellen Lebensqualität (ProQoL) evaluiert. Hierbei handelt es sich um eine Langzeit-Kohortenstudie mit Prä-Post- und Follow-up Erhebungen über 12 Monate (ebd.).

In mehreren Reviews wurden Achtsamkeit, Psychoedukation, Emotionsregulation, Stressmanagement und kognitive Strategien als zentrale Interventionen identifiziert, die in heutigen Resilienzprogrammen angewendet werden (Albsoul et al.,2022; Kunzler et al.,2022; Zhai et al., 2021). Die in den Übersichtsarbeiten eingeschlossenen Studien betreffen das Krankenhaus Setting, überwiegend die Notfallpflege, Intensivpflege oder die psychiatrische Pflege. Insgesamt umfassen die Sekundärquellen zwischen 6 und 24 Primärstudien. In einem Scoping-Review wurden 13 Studien mit verschiedenen Designs herangezogen, um einen umfassenden Überblick über vorhandene Interventionsarten und deren Effekte zu erhalten (Albsoul et al., 2022). Die Meta-Analysen von Kunzler et al. (2022) und Zhai et al. (2021) konzentrierten sich ausschließlich auf RCTs und erfassten die Auswirkungen auf Resilienz und Stress mittels mittlerer Effektgrößen (SMDs). Beide Arbeiten untersuchten die Auswirkungen von resilienzfördernden Interventionen auf Resilienz, Stress, Angst und Depressionen (Kunzler et al., 2022; Zhai et al., 2021).

Kyranou und Karanikola (2025) nutzten ein narratives Design. In der Arbeit wurden sechs RCTs mit Follow-ups eingeschlossen, die die Nachhaltigkeit der resilienzfördernden Interventionen ermittelten (ebd.). In diesem Review wurden hauptsächlich Studien, die Intensivpflegekräfte betreffen, eingeschlossen. Hier konnten überwiegend multimodale Programme identifiziert werden, die sowohl achtsamkeitsbasierte Techniken mit kognitiven Ansätzen kombinieren (ebd.).

In Bezug auf die Digitalisierung der Resilienzförderung konnte eine Übersichtsarbeit insgesamt sechs digitale Resilienztrainings innerhalb von 18 Studien identifizieren (Yu et al., 2024). Hier wurde mit Formaten wie Apps, webbasierte Gruppentrainings, Home Workouts zur Resilienzförderung und unterstützende Text Nachrichten gearbeitet(ebd.).

5.2. Wirksamkeit auf die Resilienz

Insgesamt zeigen fast alle Interventionsstudien einen positiven Effekt der Programme auf die Resilienz der Proband*innen.

Die Auswertung der quantitativen Daten von Babanataj et al. (2019) zeigte folgende Ergebnisse: Das analoge Resilienztraining für Intensivpflegekräfte hat die Resilienz der Proband*innen signifikant gesteigert. Der durchschnittliche Resilienzscore der Teilnehmer*innen (CD-RISC) betrug vor der Intervention 67.97 und erhöhte sich nach Durchführung des Resilienztrainings auf 81.43 (ebd.). Mealer et al. (2014) ermittelten ebenfalls einen signifikanten Anstieg der Resilienz nach Durchführung der Intervention anhand des CD-RISC ($p = 0.05$). Die Autor*innen identifizierten mithilfe von qualitativen Daten zusätzlich verschiedene individuelle Schutzfaktoren, die zu einer höheren Resilienz der Pflegenden beitragen (ebd.). Zu diesen Faktoren zählen die kognitive Flexibilität, ein gezielter Umgang mit Unsicherheiten, aktive Bewältigungsstrategien, ein unterstützendes soziales Netzwerk, körperliche Betätigung sowie ein Sinn für Humor (ebd.). Auch in anderen Studien konnten Veränderungen einzelner Resilienzfaktoren erhoben werden. Das Resilienztraining „Promoting Adult Resilience“ zeigte nach der Durchführung signifikant positive Effekte auf die Selbstwirksamkeit und die Selbstregulation der psychiatrischen Pflegekräfte (Foster et al., 2018). Zudem zeigt sich hier ein stark positiver Zusammenhang zwischen der Selbstregulation und der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit am Arbeitsplatz ($p< 0.01$).

Das digitale „Enhanced Stress Resilience Training“ zeigt eine ähnliche Wirkung auf die Resilienz (Lee et al., 2025). In diesem RCT konnte eine signifikante Stärkung der Resilienz (BRS) direkt nach Durchführung der Intervention (t2) und während des ein-Monats Follow-up (t3) erhoben werden (t2: $p=0.21$; t3: $p=0.001$). Die Ergebnisse zeigen, dass die Resilienz der Intensivkrankenpflegekräfte deutlich ansteigt und auch nach einem Monat stabil bleibt oder sich weiter verbessert (ebd.).

Langzeituntersuchungen zeigen, dass die positiven Effekte auch Monate nach Abschluss des Trainings anhalten können (Janzarik et al., 2022; Liao et al., 2025; Kyranou & Karanikola, 2025). Gemäß den Ergebnissen von Liao et al. (2025) wies das hybride CARE-Programm nach zwölf Wochen einen signifikanten Unterschied in den Resilienzscores (CD-RISC-10) zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe auf. Das Programm hatte insgesamt einen niedrigen bis mittleren Effekte auf die Resilienz der Proband*innen (ebd.). Die randomisierte-kontrollierte Studie von Janzarik et al. (2022) fand eine positive Veränderung der Resilienz psychiatrischer Pflegefachkräfte nach der Durchführung des analogen Resilienztrainings, gemessen anhand des CD-RISC. Pretest- Posttest Ergebnisse zeigen in der Interventionsgruppe einen signifikanten Effekt auf die Resilienz ($p= 0.02$), auf Coping

(p=0.01) und auf die Emotionsregulation (p= 0.003) im Vergleich zur Kontrollgruppe (ebd.). Im Follow-up nach neun Monaten zeigte sich ebenfalls eine signifikante positive Auswirkung auf Resilienz (p= 0.04). Jedoch konnte hier kein signifikanter Effekt festgestellt werden bei Messungen anhand der Brief Resilience Scale (p=0.16) (ebd.).

Sowohl Montgomery et al. (2025) und Okamoto et al. (2024) konnten keine signifikante Verbesserung der Resilienz bei den Proband*innen feststellen. Das "Community Resilience Modell" (CRM) führte zu keinem signifikanten Unterschied zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe in Bezug auf die Resilienz (CD-RISC-2) (Montgomery et al., 2025). Die Intervention sei laut den Autor*innen primär als stressregulatorisches Programm zu verstehen und ziele nicht auf die Stärkung von Resilienzfaktoren ab (ebd.). In der Studie von Okamoto et al. (2024) wurde sechs Monaten Post-Intervention eine signifikante Reduzierung der Resilienz (BRS) von neu examinierten Pflegefachkräften identifiziert, trotz Durchführung eines Resilienztrainings während der Einarbeitung (p=0.001). Die Kohortenstudie erzielte nicht vorhergesehene Ergebnisse. Laut Autor*innen sind diese Ergebnisse mit dem sogenannten "Transition Shock" zu erklären, der bei neu examinierten Pflegekräften während des Berufseinstiegs auftreten kann (ebd.).

Die Ergebnisse der systematischen Reviews bestätigen insgesamt positive Effekte der resilienzfördernden Interventionen bei Pflegefachkräften. Laut der Meta-Analyse von Zhai et al. (2021) zeigt sich ein insgesamt signifikanter mittlerer Effekt auf die Resilienz. Insbesondere die Methoden der Achtsamkeit und des kognitiven-behavioralen Trainings führen zu den größten Effekten hinsichtlich der Resilienzförderung (ebd.). Kunzler et al. (2022) beschreiben ähnliche Befunde. Die Meta-Analyse erfolgte anhand von insgesamt 24 Studien, die vor allem Programme mit emotionsregulatorischen Techniken, Maßnahmen zur Steigerung des Selbstwerts und mit Positive-Reframing Techniken untersuchten. Hier konnten konsistente moderate Verbesserungen sowohl in Bezug auf die Resilienz als auch auf die psychische Gesundheit festgestellt werden (ebd.). In einer systematischen Übersichtsarbeit untersuchten Yu et al. (2024) digitale sowie Face-to-Face Resilienztrainings hinsichtlich der lang-und kurzzeitigen Effekte auf die Resilienz der Pflegekräfte. Diese Arbeit zeigt, dass digitale Trainings im Vergleich zu analogen Trainings bessere mittel- und langfristige Ergebnisse in Bezug auf die Resilienzccores haben (ebd.). Innerhalb der ersten drei Monate post-Intervention wurden zunächst keine signifikanten Effekte im Zusammenhang mit den digitalen Resilienztrainings ermittelt (ebd.). Nach vier bis fünf Monaten Post-Intervention konnten dann positive Effekte bei der Resilienz

beobachtet werden, wohingegen analoge Programme keinen signifikanten Effekt hatten. Im fünf Monats Follow-up konnten jedoch auch digitale Interventionen keinen positiven Effekt aufrechterhalten (ebd.).

Die Übersichtarbeit von Kyranou & Karanikola (2025) verdeutlicht, dass die Wirksamkeit der Resilienztrainings häufig nicht unmittelbar nach der Durchführung zu erkennen ist. Sie zeigt, dass positive Veränderungen der Resilienz mit Verzögerung auftreten können. Die meisten Interventionen zeigen positive Effekte nach drei Monaten Post-Intervention, auch wenn teilweise keine Effekte direkt nach der Durchführung ermittelt wurden (ebd.). Es konnte evaluiert werden, dass multimodale Trainings häufiger nachhaltigere Effekte auf die Resilienz der Pflegekräfte erzielen als eindimensionale Ansätze (Albsoul et al., 2022). Die Effektstärke der Interventionen variiert je nach Design, Format und beruflichem Setting deutlich (ebd.)

5.3. Wirksamkeit auf das Stressempfinden

Die Auswertung der Literatur zeigt eine signifikante Reduktion des Stressempfindens durch Resilienztrainings. Acht der primären Studien fokussieren sich neben der Förderung von Resilienz auch auf die Effekte auf das Stressempfinden der Pflegenden. Sieben Studien identifizieren einen signifikanten Effekt auf das Stresslevel nach der Durchführung einer resilienzfördernden Intervention. (Abbasalizadeh et al., 2024; Babanataj et al., 2019; Foster et al., 2018; Kavuran et al., 2025; Lee et al., 2025; Mealer et al. 2014; Montgomery et al., 2025).

Die digitale mHealth-Applikation wurde im Rahmen einer Untersuchung mittels der DASS-21 auf die Auswirkungen auf Stress analysiert (Abbasalizadeh et al., 2024). Die Interventionsgruppe erlebte Post-Intervention eine signifikante Reduktion des Stressempfindens ($p= 0.001$), wohingegen die Kontrollgruppe in dem gleichen Zeitraum einen Anstieg an Stress erlebte ($p=0.002$) (ebd.). Montgomery et al. (2025) stellten zwar keinen positiven Effekt auf die Resilienz der Teilnehmer fest, jedoch führte das digitale „Community Resilience Model“-Programm zu einer signifikanten Verringerung von Stress (WBI) bei den Teilnehmer*innen. Wie die Ergebnisse der Studie zeigen, gaben 49 % der Pflegekräfte, die nicht an dem CRM-Training teilnahmen, an, unter Stress zu leiden. Im Gegensatz dazu gaben 42 % der Teilnehmer*innen des Programms an, Stress zu empfinden (ebd.). Die vorliegenden Ergebnisse lassen sich darauf zurückführen, dass das untersuchte

Programm primär sechs Selbstregulationstechniken zur Stressbewältigung beinhaltet und nicht primär auf die Stärkung der Resilienz abzielt (ebd.).

Klassische Facte-to-Face Programme zeigen in mehreren Untersuchungen eine ähnliche positive Wirkung auf das Stressempfinden von Pflegefachkräften. In der Untersuchung von Babanataj et al. (2019) lag der Durchschnittswert für beruflichen Stress (ENSS) der Teilnehmer vor dem Resilienztraining bei 149.33 und sank nach der Intervention signifikant auf 129.53 ($p= 0.001$). Ähnliche Ergebnisse erlangte die Feasabilty-Studie zum Programm „Promoting Adult Resilience“ (Foster et al., 2018). Drei Monate Post-Intervention zeigten die Stresscores (DASS-21) der psychiatrischen Pflegekräfte eine signifikante Reduzierung im Vergleich zu den Daten vor der Intervention (ebd.). Die Teilnehmer*innen äußerten sich in den nachfolgenden Fragebögen positiv zu dem Training. Die Durchführung des Programms konnte eine hohe Zufriedenheit erzielen und die Lernerfolge wurden als hoch bis sehr hoch eingeschätzt (ebd.)

Auch Trainings mit körperbasierten oder spirituellen Elementen wie Yoga oder Meditation konnten zu positiven signifikanten Ergebnissen führen (Mealer et al., 2014; Kavuran et al., 2025, Lee et al., 2025). Das modifizierte „Mindfulness-Based Stress Reduction“ Programm zeigte einen positiven Effekt auf das Stressempfinden der Teilnehmer*innen (Lee et al., 2025). Diese Untersuchung belegte, dass ESRT (Enhanced Stress Resilience Training) ein wirksames Programm gegen Stress sein kann. Das ESRT weist jedoch keinen signifikanten Effekt direkt nach der Durchführung des Trainings auf (ebd.). Erst bei der Nachuntersuchung ein Monat Post-Intervention wurden positive Effekte auf das Stressempfinden festgestellt, während andererseits eine Reduzierung depressiver Symptome schon unmittelbar nach der Intervention zu beobachten war (ebd.).

Körperbasiertes Training in Form von Yoga kann in Kombination mit psychologischem Resilienztraining Stress stärker reduzieren (Kavuran et al., 2025). Die Analyse der Vergleichsstudie zeigt einen signifikanten Effekt auf das Stressempfinden (DASS-21) der Interventionsgruppe mit dem kombinierten Ansatz aus Yoga und Resilienztraining ($p< 0.001$) (ebd.). Die Ergebnisse der Vergleichsstudie zeigen, dass die Kombination aus Yoga und Resilienztraining zu einer stärkeren Reduzierung des Stresses bei Intensivpflegekräften führt ($p< 0.05$), als jeweils eine der Intervention (ebd.). Dagegen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen, die entweder Yoga oder das Resilienztraining erhalten haben ($p= 0.906$) (ebd.).

Im Gegensatz dazu konnte in der Studie von Janzarik et al. (2022) keine Reduzierung des Stressempfindens bei den Pflegekräften festgestellt werden. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe nach Durchführung der Intervention (ebd.). Damit ist das Resilienztraining mit dem Fokus auf die einzelnen Resilienzfaktoren weniger wirksam in der Stressreduktion als vergleichbare Programme (ebd.). Die Autor*innen begründen diese Ergebnisse damit, dass das Training vor allem auf die Stärkung der Emotionsregulation, Selbstreflexion und der Bearbeitung innerer Konflikte ausgerichtet sei. Auf der anderen Seite erzielte diese Intervention positive Effekte bei der individuellen Stressorenbelastung der Pflegekräfte (Mainz Inventory of Microstressors, MIMI) (ebd.). Die individuelle Stressorenbelastung verdeutlicht die Auswirkungen, die Stress auf die psychische Gesundheit hat. Demnach hatte das Training keinen direkten Einfluss auf das Stressempfinden (ebd.). Es hat jedoch dazu geführt, dass die Auswirkungen des wahrgenommenen Stresses besser bewältig werden konnten und die psychische Belastung verringert wurde (ebd.).

Die Sekundärquellen bestätigen diese Ergebnisse. Die Metaanalysen belegen insgesamt moderate Effekte von Resilienztrainings auf Stress, wobei insbesondere achtsamkeitsbasierte Techniken, psychoedukative Inhalte und KVT-basierte Programme die größten Effekte erzielen (Albsoul et al., 2022; Kunzler et al., 2022; Yu et al., 2024). Das von Yu et al. (2024) durchgeführte Review ergab, dass digitale sowie Face-to-Face Interventionen kurzfristig zu einer Reduktion von Stress führen können. Die nachhaltigen Effekte der Resilienztrainings auf Stress sind in der Literatur jedoch noch immer nicht vollständig betrachtet (Yu et al., 2024).

5.4. Kritische Bewertung der Literatur

Die eingeschlossene Literatur wurde anhand der Critical Appraisal Tools -Checklisten des Joanna Briggs Instituts (JBI) bewertet. Diese Checklisten ermöglichen eine strukturierte und international übertragbare Einschätzung der Validität der Studien, der Qualität der Studien und des Risikos einer Verzerrung (Bias) (Barker et al., 2023). Für jedes Studiendesign konnte vom JBI eine adäquate Checkliste genutzt werden, sodass ein einheitliches Format der Qualitätsbeurteilung gewährleistet ist. Es wurden die Checklisten für RCTs, quasi-experimentelle Studien, Querschnittsstudien, qualitative Studien, Kohortenstudien und Übersichtsarbeiten für die kritische Beurteilung der Literatur herangezogen. Für die praktische Anwendung wurden die deutschsprachigen und inhaltlich äquivalenten Übersetzungen der JBI-Checklisten von FIT-Nursing Care genutzt (FIT-Nursing Care, o.

J.). Die JBI-Checkliste für RCTs besteht aus dreizehn Fragen, die für Quasi-experimentelle Studien aus neun Fragen, die Checkliste für Querschnittsstudien aus acht Fragen, die für Kohortenstudien aus elf und die Checkliste für Übersichtsarbeiten besteht, ebenfalls aus elf Fragen (Joanna Briggs Institute, o. J.). Für die Studie Kyranou & Karanikola (2025) wurde explizit die SANRA-Checkliste (Scale for the quality Assessment of Narrative Review Articles) verwendet, da das JBI kein Instrument zur Evaluation narrativer Reviews bereitstellt. Die SANRA-Checkliste besteht aus zwölf Items, für die jeweils drei Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen und denen Punkten von 0-2 zugeordnet werden können (Baethge et al., 2019). Die abschließende Evaluation der Qualität kann, mit der der JBI-Checklisten verglichen werden. Die Anwendung der Checklisten ist in den Anhängen 4-10 erläutert.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Studienqualität wurde eine dreistufige Kategorisierung gewählt (>80% hohe Qualität, 60%-79% mittlere Qualität, <60% niedrige Qualität). Das JBI gibt keine offizielle Einteilung vor. Diese Werte orientieren sich an der gängigen Vorgehensweise in der Literatur (Alzahrani et al., 2023; Paudel et al., 2022). Das Qualitätsurteil und die Begründung der Einschätzung sind dem Anhang 3 zu entnehmen.

Die elf Primärstudien zeigen mehrheitlich eine mittlere bis hohe methodische Qualität (62%-100% erfüllte Kriterien). Besonders viele Kriterien erfüllen die quasi-experimentellen Studien von Kavuran et al. (2025), Liao et al. (2025) und Foster et al. (2018) ab, die alle eine hohe Bewertung (88%- 100%) erreichen (siehe Anhang 5). Diese Arbeiten haben eine klare Interventionsbeschreibung, valide Messinstrumente (z.B. CD-RISC, DASS-21, PSS) und Follow-up Erhebungen. Kavuran et al. (2025) erhoben zusätzlich Daten einer Kontrollgruppe. Die Studie von Babanataj et al. (2019) erfüllt 77% der Bewertungskriterien (siehe Anhang 5). In dieser Studie gibt es keine Kontrollgruppe ebenso wie keine Follow-up Erhebung. Die Interventionsdurchführung ist nachvollziehbar beschrieben und es wurden valide Messinstrumente zur Erhebung der Daten genutzt.

Die randomisierten kontrollierten Studien von Abbasalizadeh et al. (2024), Janzarik et al. (2022) und Lee et al. (2025) erzielten mittlere Bewertungen (je 76%) (siehe Anhang 4). Die Randomisierung und die Standardisierung der Erhebungsinstrumente werden jeweils beschrieben. Teilweise fehlt eine klare Verblindung der Teilnehmenden und der Untersuchenden (Janzarik et al., 2022; Lee et al., 2025). Auch die RCT-Studie von Mealer et al. (2014) hat methodische Einschränkungen. In Hinblick auf die Dokumentation der

Gruppenzuteilung und der Verblindung gibt es Unklarheiten. Sie erfüllt jedoch die zentralen Kriterien hinsichtlich Validität der Instrumente und Beschreibung der Intervention. Insgesamt erreicht die Feasability-Studie damit eine mittlere Bewertung der Qualität (62%).

Die qualitativen -und die Beobachtungsstudien wurden ebenfalls auf ihre methodische Qualität hin untersucht. Die qualitative Studie von Henshall et al. (2020) erfüllt alle Kriterien (100%) aufgrund sinnvoller theoretischer Fundierung, methodischer Kohärenz und transparenter Darstellung der Analyse (siehe Anhang 6). Die Kohorten-Studie von Okamoto et al. (2024) erhielt eine mittlere Bewertung, da mögliche Confounder (Störfaktoren) nicht untersucht wurden (siehe Anhang 7). Montgomery et al. (2025) wurde als qualitativ hochwertig eingestuft, da sie eine große Stichprobe (N=242), ein klares Design und validierte Messinstrumente aufweist. Sie basiert auf Selbstauskunftsdaten der Teilnehmer*innen (siehe Anhang 8). Damit erreicht die Studie 88% der der JBI-Kriterien.

Die fünf Übersichtsarbeiten erreichen insgesamt eine hohe methodische Qualität (82-100%) (siehe Anhang 9). Die Reviews und Meta- Analysen erfüllen fast alle Kriterien der JBI-Checkliste, insbesondere hinsichtlich klarer Suchstrategien, transparenter Einschlusskriterien und nachvollziehbarer Datenextraktion (Albsoul et al., 2022; Kunzler et al., 2022; Kyranou & Karanikola, 2025; Yu et al., 2024; Zhai et al., 2021). Das Review von Albsoul et al. (2022) hat keine Bewertung der eingeschlossenen Studien vorgenommen und daher Abzüge in der Qualitätsbeurteilung erhalten (82% erfüllte Kriterien). Die narrative Übersichtsarbeit von Kyranou & Karanikola (2025), welche mit der SANRA Checkliste bewertet wurde, erreicht 10 von 12 Punkten, was einer hohen methodischen Qualität entspricht (siehe Anhang 10). Die Autor*innen begründen die Theorie des Themas und präsentieren eine kohärente Darstellung der Befunde bezüglich langfristiger Effekte der resilienzfördernden Interventionen. Auf der anderen Seite ist in dieser Studie die Beschreibung des Auswahlprozess und die kritische Auseinandersetzung mit der Literatur begrenzt.

6. Diskussion

6.1. Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Literaturarbeit zeigen eine signifikante Verbesserung der Resilienz und des subjektiven Stressempfindens durch Resilienztrainings bei Pflegekräften im klinischen Setting. Diese Literaturrecherche hat ergeben, dass es eine Vielzahl von Resilienztrainings gibt, die sich unterschiedlicher Ansätze zur Stärkung der Resilienz

bedienen. Sowohl digitale als auch analoge Trainings zeigen positive Effekte auf Resilienz und Stress von Pflegekräften (Abbasalizadeh et al., 2024; Albsoul et al., 2022; Yu et al., 2024).

Multimodale Programme verbessern das Stressempfinden und die Resilienz, insbesondere die Kombination von kognitiven verhaltenstherapeutischen Ansätzen und achtsamkeitsbasierten Methoden (Kunzler et al., 2022). Diese Trainings fokussierten sich in der Regel auf die Förderung psychologischer Schutzfaktoren, zu denen unter anderem Selbstwirksamkeit, Optimismus und Selbstregulation gehören (ebd.). Zur Stärkung der psychologischen Schutzfaktoren wird die kognitive Verhaltenstherapie genutzt (ebd.). Dazu zählen Methoden wie die kognitive Umstrukturierung, das Erlernen von Problemlösestrategien und Bewältigungsstrategien (Janzarik et al., 2022; Kunzler et al., 2022). Ein weiterer Bestandteil der meisten Resilienztrainings ist das Stressmanagement in Form von "Mindfulness-Based Stress Reduction" (Albsoul et al., 2022). Durch Techniken, wie beispielweise „Body Scan“, Meditation und Atemübungen, können das Stressempfinden reduziert werden und die Regulation der Emotionen verbessert werden (Mealer et al., 2014). MehrereÜbersichtsabrieten bestätigen, dass besonders multimodale Trainings, wirksam sind, vor allem dann, wenn sie Achtsamkeit, soziale Unterstützung und Emotionsregulation kombinieren (Yu et al., 2024; Albsoul et al., 2022). Die Ergebnisse stimmen mit bisherigen systematischen Reviews überein (Ang et al., 2022)

Diese Literaturübersicht verdeutlicht, dass strukturelle und Institutionelle Rahmenbedingungen innerhalb der Resilienzförderung mit einbezogen werden sollten. Arbeitsbedingungen, Personalmangel, Schichtsysteme und mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte wirken als externe Stressoren, die die Entwicklung und Stabilisierung von Resilienz deutlich beeinflussen (Rohwer et al., 2021). Pflegekräfte können persönliche Bewältigungsstrategien und Schutzfaktoren nur bedingt einsetzten, wenn die strukturellen Belastungen dauerhaft bestehen bleiben (Taylor, 2019). Daher setzten Resilienztrainings auch immer mehr auf der institutionellen Ebene an, etwa durch Maßnahmen zur Umsetzung von gesundheitsfördernder Führung, Teamreflexion, Supervision und sichereren Arbeitsbedingungen (Han et al., 2023). Programme, die Resilienztrainings mit struktureller Unterstützung kombinieren, haben signifikant bessere Ergebnisse in Bezug auf die mentale Gesundheit, Stressreduktion und Berufszufriedenheit (Albsoul et al., 2022; Karadas et al., 2023). Dadurch wird deutlich, dass Resilienz nicht ausschließlich als individuelle Eigenschaft verstanden werden darf, sondern als sozial und strukturell bedingter Prozess.

Interventionen, die Raum schaffen für eine Reflexion der eigenen Arbeitssituation und der Pflegequalität sowie Unterstützung durch die Einrichtung bieten sind förderlich für nachhaltige positive Effekte (Taylor, 2019).

In vergangenen Übersichtsarbeiten wurde kritisiert, dass keine Aussagen zu Langzeiteffekten der Resilienztrainings möglich wären aufgrund fehlender Follow-ups (Kunzler et al., 2022). In dieser Arbeit zeigen nun einige der untersuchten Studien noch nach mehreren Wochen und Monaten positive Effekte auf die Resilienz und das Stressempfinden (Janzarik et al., 2022; Lee et al., 2025; Liao et al., 2025). Digitale Trainings oder Hybridinterventionen konnten ein bis drei Monaten nach Abschluss der Interventionen eine Stärkung der Resilienz und eine Reduktion des Stressempfindens aufrechterhalten (Lee et al., 2025; Liao et al., 2025). Auch zeigen Präsenztrainings noch neun Monate nach Durchführung einen gleichbleibenden signifikanten Effekt auf die Resilienz (Janzarik et al., 2022). Weitere Befunde verdeutlichen, dass Resilienztrainings in der Regel zeitverzögert signifikante Effekte zeigen, unabhängig davon, ob sie analog oder digital durchgeführt wurden (Kyranou & Karanikola, 2025; Yu et al., 2024). Mehrere Studien zeigen, dass kurzfristige Auswirkungen nach Abschluss der Intervention zwar auftreten, die stärksten Verbesserungen zeigen sich jedoch in den Follow-up Erhebungen (Kavuran et al., 2025; Liao et al., 2025). Darauf aufbauend lässt sich schließen, dass Resilienz in der Pflege ein dynamischer Anpassungsprozess ist, und über eine längere Zeit entwickelt wird. Pflegekräfte benötigen Zeit, um die neuen Strategien der Bewältigung in den Alltag zu integrieren. Die Interventionen erreichen in der täglichen Praxis erst ihre volle Wirkung, wenn sie wiederholt angewendet werden und in belastendenden Situationen angepasst werden. Außerdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass digitale Programme auf lange Sicht wirksamer sind als rein analoge (Yu et al., 2024). Dies hängt unter anderem mit der höheren Flexibilität und der besseren Zugänglichkeit zusammen. Einige der Programme bieten auch Erinnerungsmöglichkeiten und wiederholende Übungen an, zur Aufrechterhaltung der Resilienzförderung (Liao et al., 2025). Die Implementierung von Resilienztrainings, die in Präsenz stattfinden, erfordert zahlreiche Ressourcen und insbesondere Zeit. Daher ist es denkbar, dass Online-Trainings in Zukunft eine vielversprechendere Option darstellen und in der Praxis besser angenommen werden als Präsenztrainings.

Diese Arbeit konzertiert sich auf Resilienzförderung, die erst während der Exposition von belastenden Situationen eingesetzt wird, anstatt als präventive Maßnahme. Möglicherweise

können Resilienztrainings, die präventiv vor dem Berufseinstieg eingesetzt werden, zu besseren Ergebnissen führen. Besonders neu examinierte Pflegekräfte könnten von Resilienztrainings während der Einführung profitieren, da sie in der Übergangsphase von Ausbildung oder Studium in den Beruf besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Okamoto et al., 2024). Dieser sogenannte „Transition Shock“ beschreibt den plötzlichen Wechsel zwischen der Lernumgebung und den emotionalen und komplexen Herausforderung des Berufsalltags (Zhao et al., 2024). In dieser Phase ist das Risko für emotionale Erschöpfung und für einen früheren Berufsausstieg besonders hoch (ebd.). Als weitere Prävention besteht die Möglichkeit, Pflegeschüler*innen und Student*innen durch Resilienztrainings in ihrer psychischen Gesundheit zu stärken und sie widerstandsfähiger gegenüber belastenden Berufserfahrungen zu machen. Es liegen Erkenntnisse dazu vor, dass Pflegestudent*innen mit höheren Resilienzscores ein geringes Stressempfinden haben (Chow et al., 2018). Mehrere Arbeiten fordern daher die Einführung von frühzeitiger Resilienzförderung, um späteren Belastungen vorzubeugen (Chow et al., 2018; Li & Hasson, 2020).

Neben der Resilienz und dem subjektiven Stressempfinden zeigen die untersuchten Studien, dass resilienzfördernde Interventionen auch auf weitere psychologische und arbeitsbezogene Outcomes eine positive Wirkung haben. Einige der Arbeiten belegen signifikante Verbesserungen in Bezug auf Depressionen, Angst, Burn-out, berufliche Zufriedenheit und emotionale Erschöpfung (Mealer et al., 2014; Lee et al., 2025; Kunzler et al., 2022; Zhai et al., 2021). So stellen Babanataj et al. (2019) eine signifikante Reduzierung der Angst der Pflegekräfte nach Anwendung der resilienzfördernden Onlineintervention fest ($p=0.001$). Auch konnte in einer Übersichtsarbeit eine signifikante Reduzierung von Depressionen und Burnout bei Pflegekräften festgestellt werden, nach der Durchführung von Resilienztrainings (Zhai et al., 2021). Resilienztrainings tragen nicht nur zur Stressreduktion bei, sondern stärken umfassend die mentale Gesundheit von Pflegekräften. Darüber hinaus legen qualitative Studien nahe, dass Teilnehmer*innen nach Abschluss der Programme eine verbesserte Selbstreflexion, eine gesteigerte Selbstwirksamkeit und ein Gefühl der beruflichen Sinnhaftigkeit empfinden (Henshall et al., 2020). Diese subjektiven Veränderungen sind für die psychische Stabilität und Wahrnehmung professioneller Selbstwirksamkeit von Pflegekräften von zentraler Bedeutung (ebd.)

Die Akzeptanz und die wahrgenommene Nützlichkeit von Resilienztrainings sind entscheidende Faktoren für die Wirksamkeit der Programme im pflegerischen Alltag

(Henshall et al., 2020). Mehrere Studien zeigen eine insgesamt hohe Zufriedenheit und positive Bewertung der Trainingsinhalte und Formate durch die Teilnehmenden. Die Feasability-Studie, die das PAR-Programm untersuchte, berichtet von einer sehr hohen Akzeptanz (Foster et al., 2018). Die Teilnehmenden bewerteten das Programm als praxisrelevant, leicht in den Alltag zu integrieren und gaben an, dass die Strategien zur Selbstregulation und Emotionsbewältigung unmittelbar anwendbar sind (ebd.). Auch in der Studie von Henshall et al. (2020) wurde eine hohe Akzeptanz und hohe Beteiligung am Resilienzprogramm für forensische Pflegekräfte festgestellt. Die Teilnehmer*innen berichten von einer erhöhten Achtsamkeit im Umgang mit Stressoren, einem besseren Verständnis eigener emotionaler Reaktionen sowie einer verbesserten Kommunikation im Team (ebd.). Besonders hilfreich seien die Gruppenformate und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch, die das Gemeinschaftsgefühl stärken. Die Auswertung verdeutlicht zudem, dass die Teilnehmenden das Training als wertschätzende Unterstützung seitens der Organisation wahrnehmen und sich unterstützt fühlen (ebd.). Ähnliche Ergebnisse liefert die Pilot-Studie von Mealer et al. (2014), bei der das Training zwar als zeitlich aufwendig empfunden wurde, jedoch als realistisch umsetzbar und emotional entlastend. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Resilienztrainings von Pflegekräften akzeptiert und als sinnvolle und bedeutsame Interventionen wahrgenommen werden. Besonders erfolgsversprechend scheinen Trainings, die praxisnah gestaltet sind und gut in den Arbeitsalltag zu integrieren sind.

Die vorliegenden Untersuchungen zeigen eine hohe Heterogenität der Studien hinsichtlich der Methodik und der Interventionsdurchführung. Die Literatur berichtet von unzureichender Standardisierung und einer stark variierenden methodischen Qualität der Resilienztrainings für Pflegende (Kunzler et al., 2022; Zhai et al., 2021). Zudem zeigte sich bei dieser Suche eine deutliche Überschneidung der Techniken innerhalb der Resilienztrainings mit Techniken in anderen psychologischen gesundheitsfördernden Programmen. Charakterisieren lassen sich Resilienztrainings primär durch die Betonung des präventiven Ansatzes und durch die Stärkung der inneren Schutzfaktoren statt der Heilung von bereits bestehenden psychologischen Problemen (Foster et al., 2018; Kunzler et al., 2022).

Die einbezogenen Studien wurden mithilfe der etablierten Bewertungsinstrumenten Critical Appraisal Tools des JBI und der SANRA- Checkliste eingeschätzt und einheitlichen Qualitätsstufen zugeteilt (siehe Anhang 4-10). So sind die Befunde vergleichbar und

transparent (Baethge et al., 2019; Barker et al., 2023). Bei den eingeschlossenen Primarstudien zeigt sich eine mittlere bis hohe methodische Qualität. Dies lässt auf eine Belastbarkeit der Ergebnisse schließen. Die meisten Arbeiten weisen eine hohe Transparenz, valide Messinstrumente und eine systematische Durchführung auf. Dennoch zeigen einzelne Studien Schwachstellen hinsichtlich der Verblindung, der Kontrolle von Confoundern und in der Durchführung von Follow-ups (siehe Anhang 3). Auch die Übersichtsarbeiten zeigen größtenteils einen hohen Qualitätsstandard und erfüllen fast alle der Checklisten-Kriterien (siehe Anhang 9). Das Narrative Review von Kyranou & Karanikola (2025) hat jedoch Limitationen hinsichtlich der Literaturauswahl und Literaturbewertung. Hinsichtlich der methodischen Qualität ist diese Studie nicht mit den anderen Übersichtsarbeiten vergleichbar, sie liefert aber trotzdem wertvolle Beiträge für die Forschungsfrage (siehe Anhang 10).

Zusammenfassend, ist die methodische Qualität der eingeschlossenen Literatur als solide einzuschätzen und bietet eine belastbare Grundlage für die Beantwortung der Fragestellung. Grundsätzlich zeigen die jüngeren Arbeiten ab 2022 eine deutlich bessere Methodik in Bezug auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Schwächen lagen vereinzelt in fehlender Verblindung, unzureichender Kontrolle von Störfaktoren und fehlenden Follow-ups. Die Limitationen der Arbeiten verdeutlichen, dass die Forschung zu diesem Thema weiterhin eine Entwicklung benötigt.

Diese Untersuchung hat ergeben, dass bisher keine Standardisierung der Programme existiert. Durch die methodischen Unterschiede der Interventionen ist die Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit der Effekte eingeschränkt. Zudem fehlen teilweise noch Langzeitmessungen, um Aussagen über die Nachhaltigkeit der einzelnen Interventionen zu treffen. Auch die methodische Qualität der Studien variiert. Es besteht weiterhin Forschungsbedarf hinsichtlich struktureller und sozialer Ansätze. Trotz der insgesamt positiven Evidenzlage muss kritisch hinterfragt werden, inwieweit Resilienztrainings die strukturellen Ursachen der arbeitsbedingten psychischen Belastung von Pflegekräften kompensieren können. Immer wieder wird betont, dass die Belastung der Pflegekräfte maßgeblich von organisatorischen Bedingungen wie dem Personalmangel und der Teamkultur beeinflusst wird (Henshall et al., 2020). Auch Stressoren durch das Team und die fehlende institutionelle Unterstützung sind Einflussfaktoren für die mentale Gesundheit und die Resilienz der Pflegekräfte (Montgomery et al., 2025). Es besteht die Gefahr, dass die Verantwortung der psychischen Gesundheit zu stark auf die individuellen Kompetenzen

der Betroffenen verlagert wird, während die institutionellen Rahmenbedingungen unverändert bleiben. Es erfordert multimodale Ansätze, die auch institutionelle und strukturelle Aspekte berücksichtigen, um nachhaltige Effekte zu erreichen.

6.2. Implikation für die Praxis und Forschung

Die Ergebnisse verdeutlichen die Nützlichkeit und Effektivität von Resilienztrainings als psychologische gesundheitsfördernde Maßnahmen. Sie haben nicht nur positive Auswirkungen auf die Widerstandsfähigkeit der Pflegekräfte im Umgang mit belastenden Situationen, sondern fördern auch deren allgemeine psychische Gesundheit. Die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer*innen zeigen, dass die Implementierung solcher Programme in den Berufsalltag möglich und gewünscht ist.

In dieser Untersuchung finden sich mehrere vielversprechende Trainings, die digital oder in Präsenz stattfinden. Zu berücksichtigen dabei ist aber immer der zusätzliche Abreitsaufwand für die Pflegekräfte. Die Trainings sollten gut in den Arbeitsalltag zu integrieren sein und keine zusätzliche Arbeitszeit erfordern. Dies scheint am besten möglich zu sein mit Onlineinterventionen. Es müssen jedoch auch weiterhin Methoden und Interventionen für die Resilienzförderung bei Pflegekräfte entwickelt werden. Dabei spielen die Entwicklung des Internets und neue Arbeitszeitmodelle eine wichtige Rolle (Bock et al., 2025). Neue Programme sollten sich stark an den Bedürfnissen der Pflegekräfte orientieren und leicht zugänglich sein. Resilienztrainings sollten ein fester Bestandteil von Fort-und Weiterbildungsprogrammen in Kliniken sein. Damit können regelmäßige Trainings angeboten werden, die zeitlich flexibel und praxisbezogen sind. Es empfiehlt sich neu examinierten Pflegekräften und Pflegeschüler*innen eine besondere Unterstützung zukommen zu lassen und die Resilienzförderung in Einarbeitungskonzepte zu integrieren, um ihnen den Einstieg in den Beruf zu erleichtern. Die Literatur zeigt, dass die Kombination aus körperlichem Training wie etwa Yoga oder Meditation und psychologischem Resilienztrainings eine stärkere Wirkung zeigen, als rein psychologische Interventionen (Kavuran et al., 2025). Daher könnten Kliniken Meditationsprogramme oder Yoga in die betriebliche Gesundheitsförderung mitzueinbeziehen. Um schließlich eine langfristige Wirkung sicherzustellen, sollten die Programme regelmäßig evaluiert werden. Mithilfe von Reflexionsbögen und Befragungen der Pflegekräfte kann die Wirksamkeit der Maßnahmen ermittelt und sichergestellt werden.

Es bedarf weiterhin intensiver Forschung hinsichtlich der Implementierung derartiger Programme im deutschen Gesundheitssystem. Die Entwicklung neuer individueller Methoden sollte gefördert werden.

Besonders hervorzuheben ist der Bedarf an qualitativ hochwertigen Studien, etwa randomisierte kontrollierte Untersuchungen mit einer großen Stichprobe und langen Follow-up Zeiträumen. So kann die Nachhaltigkeit der Programme besser überprüft werden. Da sich aus der bisherigen Forschung ergibt, dass Resilienz kein ausschließlich individuelles Phänomen, sondern ein umweltbedingter Prozess ist, sollte sich die künftige Forschung auf strukturelle Einflussfaktoren, wie zum Beispiel auf die Führungskultur, fokussieren. Nur so können Erkenntnisse dazu erlangt werden, wie sich die strukturelle Resilienz und die individuelle Resilienz gegenseitig beeinflussen und jeweils gestärkt werden können.

6.3. Methodische Limitationen dieser Arbeit

In der vorliegenden Arbeit ergeben sich methodische Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtig werden müssen. In Bezug auf die Selektion und Evaluation der Studien besteht die Möglichkeit eines Selektionsbias, da die Bewertung der Literatur ausschließlich durch eine Autorin erfolgte. Obwohl eindeutige Ein- und Ausschlusskriterien vorlagen, besteht dennoch die Möglichkeit, dass signifikante Studien nicht berücksichtigt wurden.

Darüber hinaus weisen einige der eingeschlossenen Studien eine geringe Stichprobengröße (N=24, N=27) auf. Dies könnte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Aufgrund der Exklusion von Studien, die den Fokus auf die Corona-Pandemie legen, konnte eine verbesserte Vergleichbarkeit der Ergebnisse erzielt werden. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass dadurch potenzielle aktuelle Entwicklungen in der Resilienz-Forschung außer Acht gelassen wurden.

7. Fazit

Das Ziel dieser Literaturarbeit war es, sich mit der Wirksamkeit resilienzfördernder Programme für klinische Pflegefachkräfte auseinanderzusetzten. Die zentralen Ergebnisse zeigen, dass Resilienztrainings in der klinischen Praxis als gesundheitsfördernde Programme geeignet sind. Sie führen zu einer moderaten Verbesserung der Resilienzscores und zur Reduzierung des berufsbedingten Stresses bei Pflegekräften in unterschiedlichen klinischen Fachbereichen. Einige Trainings konnten bereits langfristige Effekte erreichen und nachhaltig die Widerstandsfähigkeit stärken und Stress reduzieren. Es konnte ebenfalls

festgestellt werden, dass mehrere resilienzfördernde Interventionen einen positiven Effekt auf die gesamte mentale Gesundheit und die Reduzierung von stressbedingten Folgeerkrankungen haben. Resilienztrainings schneiden hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Akzeptanz gut ab. Pflegende bewerten diese Programme als nützlich und sinnvoll und wünschen sich die Umsetzung dieser Programme in der Praxis. Bisher gibt es jedoch keine standardisierten Verfahren in der Resilienzförderung für Pflegende. Die aktuell untersuchten Trainings unterschieden sich teilweise stark in der Dauer, der Methodik und der theoretischen Grundlage. Es bedarf in Zukunft einer weiteren Entwicklung von Resilienztrainings grundsätzlich und von Programmen mit spezifischen Methoden für die verschiedenen Fachbereiche. Außerdem muss sich die Forschung stärker auf die nachhaltigen Effekte von Resilienzprogrammen konzentrieren sowie den Fokus auf strukturelle Maßnahmen in der Arbeitsumgebung setzten. Auf diese Weise könnten multimodale Interventionen die Förderung der Resilienz von Pflegekräften effektiv unterstützen.

8. Literatur

Abbasalizadeh, M., Farsi, Z., Sajadi, S. A., Atashi, A., & Fournier, A. (2024). The effect of resilience training with mHealth application based on micro-learning method on the stress and anxiety of nurses working in intensive care units: A randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, *24*(1), 442. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05427-w

Abu El-Kass, S. M., Abu El-Kass, L., Alswarka, N., Abu Behiri, S., Alderawy, A., Abu El Khair, T., Alaraj, M., & Aldahdouh, N. (2025). The Relationship Between Occupational Stress and Quality of Care Among Emergency Department Nurses in Government Hospitals. *SAGE Open Nursing*, *11*, 23779608251348827. https://doi.org/10.1177/23779608251348827

Albsoul, R. A., Hughes, J., Alshyyab, M. A., & Fitzgerald, G. (2022). A scoping review of the literature of interventions for enhancing nurses' resilience in acute care settings. *Journal of Health Organization and Management*, *ahead-of-print*(ahead-of-print). https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2022-0127

Alkubati, S. A., Alrashidi, O. A., Albaqawi, H., Alharbi, A., Laradhi, A. O., Albani, G. F., Alsaqri, S., Pasay-an, E., & Ali, A. Z. (2025). The mediating effect of resilience and job satisfaction on the relationship between critical care nurses' stress-and task performance: Findings to improve nursing care. *BMC Nursing*, *24*(1), 579. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03225-3

Alzahrani, O., Fletcher, J. P., & Hitos, K. (2023). Quality of life and mental health measurements among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, *21*, 27. https://doi.org/10.1186/s12955-023-02111-3

Ang, S. Y., Uthaman, T., Ayre, T. C., Lim, S. H., & Lopez, V. (2019). A Photovoice study on nurses' perceptions and experience of resiliency. *Journal of Nursing Management*, *27*(2), 414–422. https://doi.org/10.1111/jonm.12702

Ang, W. H. D., Chew, H. S. J., Dong, J., Yi, H., Mahendren, R., & Lau, Y. (2022). Digital training for building resilience: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Stress and Health*, *38*(5), 848–869. https://doi.org/10.1002/smi.3154

Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, *42*, 110–115. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010

Babanataj, R., Mazdarani, S., Hesamzadeh, A., Gorji, M. H., & Cherati, J. Y. (2019). Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, *25*(1), e12697. https://doi.org/10.1111/ijn.12697

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, *4*(1), 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

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. https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00430

Bock, L., Westemeyer, L., Moschner, N., Rana, M., & Rana, M. (2025). Resilience Among Healthcare Staff: A Randomized Controlled Trial of a Digital Training Program. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. https://doi.org/10.1007/s10880-025-10085-1

Buchan, J., Shaffer, F. A., & Catton, H. (2018). *Policy Brief: Nurse Retention. Strategiepapier: Mitarbeiterbindung in der Pflege* (Übersetzung: Johanna Knüppel, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK). Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK). Abgerufen am 20. Oktober 2025, von https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/internationales/ICNM-Nurse-retention_deutsch_2018.pdf

Cheng, C. K. T., Chua, J. H., Cheng, L. J., Ang, W. H. D., & Lau, Y. (2022). Global prevalence of resilience in health care professionals: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Journal of Nursing Management*, *30*(3), 795–816. CINAHL. https://doi.org/10.1111/jonm.13558

Chow, K. M., Tang, W. K. F., Chan, W. H. C., Sit, W. H. J., Choi, K. C., & Chan, S. (2018). Resilience and well-being of university nursing students in Hong Kong: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, *18*(1), 13. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1119-0

Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Education Today*, *71*, 247–263. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002

de Cordova, P. B., Reilly, L. L., Pogorzelska-Maziarz, M., Gerolamo, A. M., Grafova, I., Vasquez, A., & Johansen, M. L. (2024). A theoretical framework for Acute Care Nurse Stress Appraisal: Application of the transactional model of stress and coping. *Journal of Advanced Nursing*, *80*(9), 3835–3845. https://doi.org/10.1111/jan.16061

Deutsches Ärzteblatt. (2024, 27. September). *Mehr Ärzte und Pflegekräfte in Krankenhäusern beschäftigt*. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen am 25. Oktober 2025, von https://www.aerzteblatt.de/news/mehr-aerzte-und-pflegekraefte-in-krankenhaeusern-beschaeftigt-fe4e178e-6136-4a1f-9116-3d5eeeb0c0d7

FIT-Nursing Care. (o. J.). *Methodik zur Bewertung von Studien und Beantwortung von klinischen Fragen*. FIT-Nursing Care. Abgerufen am 22. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J.-A., & Furness, T. (2019). Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(1), 71–85. https://doi.org/10.1111/inm.12548

Foster, K., Shochet, I., Wurfl, A., Roche, M., Maybery, D., Shakespeare-Finch, J., & Furness, T. (2018). On PAR: A feasibility study of the Promoting Adult Resilience programme with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(5), 1470–1480. https://doi.org/10.1111/inm.12447

Füreder, N., Herber, G., & Stadlmayr, E. (2024). Soll ich bleiben oder soll ich gehen? Resilienz, Kündigungsabsicht und Arbeitszufriedenheit von Krankenpflegefachkräften auf Intensivstationen. *Das Gesundheitswesen*, *86*, 691–704. https://doi.org/10.1055/a-2389-8453

Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019). Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(21–22), 3747–3758. https://doi.org/10.1111/jocn.14987

Grummich, K., Dahten, A. (o.J.). *Lunch & Learn MeSH verstehen und anwenden*. Cochrane Deutschland Stiftung & Workshopmanagement. Abgerufen am 30. Oktober. 2025, von https://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/20210816_mesh_handouts_final_0.pdf

Han, P., Duan, X., Jiang, J., Zeng, L., Zhang, P., & Zhao, S. (2023). Experience in the development of nurses' personal resilience: A meta-synthesis. *Nursing Open*, *10*(5), 2780–2792. https://doi.org/10.1002/nop2.1556

Hasan, A. A. (2017). *Work Stress, Coping Strategies and Levels of Depression among Nurses Working in Mental Health Hospital in Port-Said City*. Int Arch Nurs Health Care 3:068. doi.org/10.23937/2469-5823/1510068

Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D. (2020). The implementation and evaluation of a resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(3), 508–520. https://doi.org/10.1111/inm.12689

Janzarik, G., Wollschläger, D., Wessa, M., & Lieb, K. (2022). A Group Intervention to Promote Resilience in Nursing Professionals: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(2), 649. https://doi.org/10.3390/ijerph19020649

Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Tools | JBI*. Abgerufen am 22. Oktober 2025, von https://jbi.global/critical-appraisal-tools

Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 27. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober. 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, *8*(6), e017858. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858

Karadas, A., Dogu, Ö., & Oz, S. D. (2023). The Effect of Perceived Organizational Support of Nurses on Their Resilience: A Cross-Sectional Study From Turkey. *Canadian Journal of Nursing Research*, *55*(2), 241–249. CINAHL. https://doi.org/10.1177/08445621221118800

Kavuran, K., Erdoğan, R., & Dana, A. (2025). Resilience and yoga training have additive benefits for mental health of intensive care unit nurses. *The South African Journal of Psychiatry: SAJP: The Journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, *31*, 2491. https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v31i0.2491

Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Röthke, N., Staginnus, M., Schäfer, S. K., Stoffers-Winterling, J., & Lieb, K. (2022). Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-analyses of pre-pandemic evidence. *International Journal of Nursing Studies*, *134*, 104312. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104312

Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*(7), CD012527. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2

Kyranou, M., & Karanikola, M. (2025). The Long-Term Impact of Resilience-Building Interventions on Nurses: A Narrative Review of the Quantitative Evidence and Its Implications for Critical Care Nurses. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *13*(3), 274. https://doi.org/10.3390/healthcare13030274

Lee, S.-J., Cunningham, B., Childers, M., Yefimova, M., Kim, H., Hoffmann, T., & Lebares, C. (2025). Efficacy of enhanced stress resilience training for intensive-care unit nurses: A

randomized waitlist control trial. *Applied Nursing Research*, *83*, 151965. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2025.151965

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, *7*(11), e2443059. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

Li, Z.-S., & Hasson, F. (2020). Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, *90*, 104440. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104440

Liao, L., Guo, N., Han, Q., Qian, Y., Xi, H., & Wang, L. (2025). Long-Term Effect of a Comprehensive Active Resilience Education (CARE) Program for Increasing Resilience in Emergency Nurses Exposed to Workplace Violence: A Secondary Analysis of a 12-Week Follow-up Study. *International Nursing Review*, *72*(2), e70037. https://doi.org/10.1111/inr.70037

Lipscomb, C. E. (2000). Medical Subject Headings (MeSH). *Bulletin of the Medical Library Association*, *88*(3), 265–266.

Liu, N., Yi, J., Yuan, F., & Su, P. (2024). Knowledge graph analysis of research on nurses' psychological resilience. *Medicine*, *103*(32), e39249. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000039249

Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, *23*(6), e97-105. https://doi.org/10.4037/ajcc2014747

Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in ICU nurses:

Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(3), 292–299. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015

Montgomery, A. P., Carter, J.-L., Stevens, J. B., Beam, T., Blackburn, C., Dick, T. K., Layton, S. S., Meese, K. A., Morson, D. M., Polancich, S., Ruffin, A., Stewart, J. R., Travis, J. R., Westbrook, J., Werthman, J. A., & Patrician, P. A. (2025). Shift Type and Resilience Training Effect on Nurse Outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, *47*(10), 942–951. https://doi.org/10.1177/01939459251340779

Okamoto, C., Shamai, J., Caiazza, S., Cooke, L., & Brant, J. M. (2024). Building Resilience in New Graduate RNs: Lessons Learned. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *28*(3), 273–280. https://doi.org/10.1188/24.CJON.273-280

Okuhara, M., Sato, K., & Kodama, Y. (2021). The nurses' occupational stress components and outcomes, findings from an integrative review. *Nursing Open*, *8*(5), 2153–2174. https://doi.org/10.1002/nop2.780

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

Paudel, G., Vandelanotte, C., Dahal, P. K., Biswas, T., Yadav, U. N., Sugishita, T., & Rawal, L. (2022). Self-care behaviours among people with type 2 diabetes mellitus in South Asia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, *12*, 04056. https://doi.org/10.7189/jogh.12.04056

Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic

Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), 11432. https://doi.org/10.3390/ijerph182111432

Reichhart, T., & Pusch, C. (2023). Die Resilienz-Faktoren. In T. Reichhart & C. Pusch (Hrsg.), *Resilienz-Coaching: Ein Praxismanual zur Unterstützung von Menschen in herausfordernden Zeiten* (S. 29–41). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37432-7_3

Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., & Koffel, J. B. (2021). PRISMA-S: An extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, *109*(2), 174–200. https://doi.org/10.5195/jmla.2021.962

Rohwer, E., Mojtahedzadeh, N., Harth, V., & Mache, S. (2021). Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, *71*(1), 38–43. https://doi.org/10.1007/s40664-020-00404-8

Rönnau-Böse, M., & Fröhlich-Gildhoff, K. (2023). *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne*. Kohlhammer Verlag.

Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Network Open*, *4*(2), e2036469. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469

Singer, K., Fleischer, N. (2025, Mai). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich* [PDF]. Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichtserstattung. Abgerufen am 20. November 2025, von https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile

Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina*, *55*(11), 745. https://doi.org/10.3390/medicina55110745

Statistisches Bundesamt. (2025). *Pflegekräftevorausberechnung*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 25. Oktober 2025, von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html

Taylor, R. A. (2019). Contemporary issues: Resilience training alone is an incomplete intervention. *Nurse Education Today*, *78*, 10–13. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.014

Techniker Krankenkasse. (2025, Mai 12). *Zum Tag der Pflegenden: Krankenstand leicht gesunken – Pflegekräfte mit überdurchschnittlich vielen Fehltagen*. Die Techniker. Abgerufen am 20. Oktober 2025, von https://www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/krankenstand-bei-pflegekraeften-auf-rekordhoch-2149302

Thun-Hohenstein, L., Lampert, K., & Altendorfer-Kling, U. (2020). Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, *19*(1), 7–20. https://doi.org/10.1007/s11620-020-00524-6

Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *123*, 9–20. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015

Yu, F., Chu, G., Yeh, T., & Fernandez, R. (2024). Effects of interventions to promote resilience in nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *157*, 104825. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104825

Zhai, X., Ren, L.-N., Liu, Y., Liu, C.-J., Su, X.-G., & Feng, B.-E. (2021). Resilience Training for Nurses: A Meta-analysis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, *23*(6), 544–550. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000791

Zhao, S., Liang, Q., Tao, H., Fan, S., Xia, Y., Zeng, L., Wang, G., Liu, H., Huang, H., & Xiao, J. (2024). Transition shock among nursing interns and its relationship with patient safety attitudes, professional identity and climate of caring: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, *23*(1), 64. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01722-5

9. Anhang

Anhang 1: Suchstrings PubMed und CINAHL 51
Anhang 2: Eigenschaften der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung) 52
Anhang 3: Qualitätsurteil der Studien (eigene Darstellung) 64
Anhang 4: JBI-Checkliste für die kritische Bewertung von randomisiert kontrollierten Studien 67
Anhang 5: JBI Checkliste für die Bewertung von quasi experimentellen Studien 75
Anhang 6: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von qualitativen Studien 83
Anhang 7: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Kohortenstudien 85
Anhang 8: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Querschnittsstudien 87
Anhang 9: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Übersichtsarbeiten 88
Anhang 10: SANRA Checkliste nach Baethge et al. (2019) 96

Anhang 1: Suchstrings PubMed und CINAHL

PubMed:

(("Resilience, Psychological"[Mesh] OR Resilience OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Stress perception" OR "Occupational stress" OR "resilience skills" OR coping OR "self-efficacy")

AND ("resilience training" OR "resilience program*" OR "resilience intervention*" OR "resilience enhancing" OR "Resilience promoting")

AND (nurs*[Title/Abstract] OR "nursing staff"[Title/Abstract] OR "registered nurse*"[Title/Abstract] OR "hospital nurse*"[Title/Abstract] OR "Nurses"[MeSH]))

NOT (student*[Title/Abstract])

CINAHL:

(MH "Resilience, Psychological" OR Resilience OR (MH "Stress, Psychological") OR "Stress perception" OR "Occupational stress" OR "resilience skills" OR coping OR "self-efficacy")

AND

("resilience training" OR "resilience program*" OR "resilience intervention*" OR "resilience enhancing" OR "resilience promoting")

AND

(nurs* OR "nursing staff" OR "registered nurse*" OR "hospital nurse*")

NOT (student*)

Anhang 2: Eigenschaften der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung)

Autor/ Jahr/ Land	**Titel**	**Studiendesign**	**Ziel der Studie**	**Population/ Stichprobe**	**Intervention/en**	**Outcome (Tool)**	**Zentrale Ergebnisse**
Sekundärquellen							
Albsoul et al., 2022	A scoping review of the literature for enhancing nurses' resilience in acute care settings	Systematisches Scoping Review	Ziel ist es Interventionen zu identifizieren und zu bewerten, die nachweislich die Resilienz von Pflegekräften in der Akutversorgung verbessern.	PFKs von Akutstationen; 13 Studien (quantitative, qualitative und gemischte Designs)	Überwiegend Achtsamkeitsbasierte Resilienztrainings, KVT, Psychoedukation, Stressbewältigung	Resilienz	Insgesamt haben Resilienztrainings einen positiven Effekt auf die Resilienz; heterogene Designs der Programme; unklare Nachhaltigkeit der Effekte
Kunzler et al., 2022	Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-Analyses of pre-pandemic evidence	Systemtisches Review und Meta-Analyse	Diese Übersichtsarbeit dient der Darstellung der Evidenz zur Wirksamkeit psychologischer Interventionen, die Resilienz fördern und wie diese die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden bei Pflegekräften	PFKs aus verschiedenen Fachbereichen im klinischen Setting; 24 Studien (nur RCTs)	Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen, Psychoedukation, Emotionsregulation, kognitive Strategien, Problemlösung, Stärkung innerer	Resilienz, Angst, Depressionen, Stress, Wohlbefinden	Signifikante Verbesserung der Resilienz (SMD: 0.39) durch Resilienzprogramme; Reduktion von Stress und Burnout 1- Monat Post-intervention; Stärkste Effekte bei KVT und Achtsamkeitsbasierten Interventionen

			verbessern. Außerdem sollen nützliche Interventionen identifiziert werden.		und äußerer Ressourcen.		
Kyranou und Karanikola, 2025	The Long-Term Impact of Resilience-Building Interventions on Nurses: A Narrative Review of the Quantitative Evidence and Its Implications for Critical Care Nurses	Narratives Review	Untersuchung der langfristigen Auswirkungen von resilienzfördernden Maßnahmen auf Pflegekräfte.	Pflegekräfte aus der Intensiv-und Notfallpflege; 6 Studien (RCTs mit Langzeit Follow- up)	KVT, Achtsamkeitsbasiertes Resilienztraining, Coping-Skills Training, Stressmanagement, Psychoedukation, Multimodale Programme	Resilienz (CD-RISC, BRS)	Resilienztrainings haben positive kurze und mittelfristige Effekte auf Resilienz, Stress und Burnout; Langzeitwirkung selten erfasst oder abnehmende Effekte im Follow-up
Yu et al., 2024	Effects of interventions to promote resilience in nurses: A systematic review	Systematisches Review	Ziel ist es verschiedene Arten von Interventionen zu identifizieren und die unmittelbaren kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen dieser Interventionen auf	Pflegekräfte (n= 1431) aus Krankenhäusern und ähnlichen Settings 18 Studien (RCTs und	Digitale Interventionen: Web-App, Onlineberatung, Selbstgesteuertes Lernen mit Infotexten per SMS	Resilienz (CD-RISC-10, CD-RISC- 25, RS, RSA, BRS, RVS, PCQ-24)	Signifikante Positive Wirkung auf Resilienz, Coping und Wohlbefinden; Kombination aus organisatorischen Ansätzen am effektivsten; Digitale Formate mind. gleiche Effektivität wie Präsenz Formate;

			die Resilienz der Pflegekräfte zu bewerten.	Interventionsstudien)	Face-to-Face Interventionen: Gruppentrainings, Lehrveranstaltungen, Psychotherapie, Achtsamkeitsübungen, Meditation, Stressbewältigung, Emotionsregulierung		Langzeitwirkungen variieren.
Zhai et al., 2021	Resilience Training for Nurses: A Meta-analysis	Meta-Analyse	Analyse der Wirkung von Resilienztrainings auf psychologische Faktoren bei Pflegekräften.	Pflegekräfte aus verschiedenen Settings; 13 Studien (RCTs)	Face-to-Face Workshops, webbasierte Workshops, Achtsamkeitsbasierte Trainings, Stärkung der Resilienzfaktoren, Psychoedukation	Resilienz, Stress, Depressionen, Angst, Burnout	Signifikante Verbesserung von Resilienz und Reduktion von Stress und Depression; Heterogenität der Ergebnisse; Kombination aus KVT und achtsamkeitsbasierten Training am effektivsten.
Primärquellen							
Abbasalizadeh et al., 2024 Iran	The effect of resilience training with mHealth application based on micro-learning	Einfach verblindetes RCT Interventionsgruppe (n=30); Kontrollgruppe (n=30).	In dieser Studie werden die Auswirkung einer resilienzfördernden mHealth-Anwendung mit Mirkolerneinheiten auf das Stress- und	60 PFKs von zwei Intensivstationen im Iran	Micro-learning mit der App „mHealth“ Inhalte: Resilienz, Atmemtechniken, Hoffnung,	Stress Angst (DASS- 21)	Stress konnte signifikant reduziert werden in der Interventionsgruppe (p=0.001); signifikanter Anstieg von Stress in der Kontrollgruppe (p=0.002)

	method on the stress and anxiety of nurses working in intensive care units: a randomized controlled trial		Angstniveau von Intensivpflegekräften untersucht.		Kommunikation und Problemlösung Methoden: edukative Kurzvideos, Quizz, Selbsttests, praktische Übungen Dauer: 5 Monate		
Babanataj et al., 2019 Iran	Resilience Training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses	Quasi-experimentelle Interventionsstudie mit Pretest/Posttest Design	Ziel dieser Studie ist es, den Effekt eines Resilienztrainings auf die berufliche Belastung und die Resilienz von Intensivpflegekräften zu ermitteln.	30 Pflegefachkräfte von Intensivstation	Analoges Resilienztraining Inhalte: theoretische Grundlagen von Resilienz, Stärkung des Selbstbewusstseins, Selbstfürsorge, Kommunikation Methoden: Vorträge, Gruppendiskussionen, Q&A und Reflexion	Stress und Resilienz (CD-RISC, ENSS)	Stärkung der Resilienz nach Durchführung. Pre-Intervention Resilienz (CD-RISC) bei 67.97 erhöht auf 81.43 Post-Intervention; Signifikante Verringerung des Stresslevel von 149.33 auf 129.53 (p= 0.001).

					Dauer: 5 Einheiten mit jeweils 90-120 min		
Foster et al., 2018 Australien	On PAR: A feasibility study of the Promoting Adult Resilience programme with mental health nurses	Feasabilty Studie (Machbarkeitsstudie) mit Pretest/Posttest Design und 3-Monats Follow-up	Ziel der Studie ist die Machbarkeit, Akzeptanz und Auswirkung der Invention „PAR“ für psychiatrisch Pflegende zu ermitteln.	24 Pflegefachkräfte von psychiatrischen Stationen für Erwachsene	„Promoting Adult Resilience“ Inhalte: KVT und interpersonale positive Theorie (IPT), Emotionsregulation, Kommunikation, Selbstwirksamkeit, Stressbewältigung Methoden: Präsentationen, Workbooks, Gruppenübungen, Videos, Reflexion Dauer: 2x 8-stündige Sitzungen mit 3 Wochen Abstand	Stress (DASS- 21), Arbeitszufriedenheit (satisfaction with work), Wohlbefinden (satisfaction with life scale-5), Selbstwirksamkeit (Coping Self-Efficacy - 26), Resilienz (WRI-60)	Positiver Effekt auf die Resilienz (p=0.01) und Stresslevel. Hohe Zufriedenheit mit Durchführung der Intervention; Lernerfolge wurden als hoch bis sehr hoch eingeschätzt.
Henshall et al., 2020	The implementation and evaluation of a resilience	Mixed Methods Design mit Umfragen,	Ziel ist die Implementierung und Evaluierung einer arbeitsbasierten Intervention zur	29 Pflegefachkräfte von	„Taking Care of Yourself to Take Care of Others“ Inhalte:	Persönliche Resilienz (erhoben mit Interviews	Persönliche Resilienz hat sich deutlich verbessert (p=0.0004). Qualitative Ergebnisse zeigen einen Zuwachs an wissen und

England	enhancement programme for nurses working in the forensic setting	Interviews und Fallstudien. Die Fragebogendaten wurden nach dem Pretest/Posttest Design erhoben	Stärkung der persönlichen Resilienz für forensische PFKs.	forensischen Stationen	Mentoring-Beziehungen stärken, Aufbau von Widerstandskraft und positiver Einstellung, Emotionale Intelligenz, kognitive Flexibilität, Work-Life-Balance, Spiritualität, Reflexion, kritisches Denken, Zukunftsplanung, persönliche Weiterentwicklung Methoden: Gruppenarbeit, Reflexionsmodelle, Peer-Mentoring Dauer: 6 ganztägige Workshops über 12 Wochen	und eigens entwickelten Single-Item Fragebögen)	eine positive Veränderung der Wahrnehmung der Pflegenden

Janzarik et al., 2022 Deutschland	A Group Intervention to Promote Resilience in Nursing Professionals: A Randomised Controlled Trial	RCT mit drei Erhebungszeiträumen (Prä-Post und 9 Monate Follow-up); Wartelisten Kontrollgruppe	In dieser Studie soll ein neues Gruppenintervention sprogramm zur Förderung der Resilienz von Pflegefachkräften auf die Wirksamkeit hinsichtlich verschiedener Resilienzfaktoren getestet werden.	72 Pflegefachkräfte am Universitätsklinikum Mainz aus verschiedenen Fachrichtungen	Gruppentraining zur Förderung der Resilienz Inhalte: psychodynamisches Modell, KVT, Achtsamkeitsübungen, Selbstreflexion, Stressbewältigung. Problemlösung Methoden: Psychotherapie, Gruppendiskussionen, Imagination und Selbstreflexion Dauer: 8 Wochen	6 Resilienzfaktoren: kognitive Flexibilität, Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Selbstfürsorge und Achtsamkeit; Stressempfinden (PSS); Resilienz (CD-RISC); Stressorenbelastung (Mainz Inventory of Microstressors, MIMI)	Keine signifikanten Gruppeneffekte beim wahrgenommenen Stress; positive Veränderung der Resilienz (p= 0.02), Verbesserung Konstant auch nach 9 Monaten (p=0.04); keine signifikanten Gruppenunterschiede bei Erhebung mit BRS (p=0.16). Stressorenbelastung signifikant verringert Post-Intervention (MIMI)
Kavuran et al., 2025	Resilience and yoga training have additive	Quasi-experimentelle Studie mit Pretest/Posttest	Diese Studie untersucht den individuellen und kombinierten Nutzen	84 Pflegefachkräfte von Intensivstation	Analoges Resilienztraining Inhalte: KVT, Optimismus,	Stress (DASS- 21)	Yoga und das Resilienztraining führen zu einer signifikanten Steigerung der Resilienz

Türkei	benefits for mental health of intensive care unit nurses	Design und Follow-up und Kontrollgruppe; Vergleichsstudie	zweier unterschiedlicher Interventionsstrategien. Resilienztraining und Yogatraining werden, hinsichtlich der Verbesserung der psychischen Gesundheit von Intensivpflegekräften evaluiert.		Stressbewältigung, soziale Unterstützung, Sinn- und Selbstbewusstsein, Methoden: Gruppeneinheiten und Diskussionen Dauer: 8 Sitzungen jeweils 45 min Yogatraining: 8x 45 min mit Yogatrainer*innen		($p<0.05$). Die Kombination zeigt deutlich stärkere Verbesserungen als die einzelnen Interventionen ($p< 0.001$). Kein signifikanter Unterschied zwischen Yoga und Resilienztraining.
Lee et al., 2025 USA	Efficacy of enhanced stress resilience training for intensive-care unit nurses: a randomized waitlist control trial.	RCT mit Wartelisten Kontrollgruppe Und 1 Monats Follow-up	Untersuchung der Wirksamkeit des 5-wöchigen „Enhanced Stress Resilience Training“ (ESRT) bei Pflegekräften auf Intensivstationen	40 Pflegefachkräfte von Intensivstation	Digitales 5-wöchiges ESRT (Enhanced Stress Resilience Training) Inhalte: Achtsamkeit, Körperwahrnehmung, Atem-und Emotionsregulierung Methoden: Onlinesitzungen,	Achtsamkeit, Resilienz (BRS), Stress (PSS)	Reduzierungen bei Stress, Depression und Burnout; fördert Achtsamkeit, Resilienz und Arbeitsfähigkeit, Achtsamkeit und Resilienz stiegen deutlich an und blieben auch nach 1-Monat (t3) stabil oder verbesserten sich weiter. ESRT hat nach 1-Monat Post-Intervention positive Auswirkung auf das Stressempfinden

					Lernvideos, App (Mindful Brain) Dauer: 5 Wochen		
Liao et al., 2025 China	Long-Term Effect of a Comprehensive Active Resilience Education (CARE) Program for Increasing Resilience in Emergency Nurses Exposed to Workplace Violence: A Secondary Analysis of a 12-Week Follow-up Study	Zwei-Arm Quasi-experimentelle Studie mit Pretest/Posttest Design und Follow- up (4 und 12 Wochen)	Ziel ist es, die langfristigen Auswirkungen des CARE-Programms auf die Resilienz zu untersuchen und Unterschiede in der Wirksamkeit des CARE-Programms bei unterschiedlichen Gewaltniveaus am Arbeitsplatz zu bewerten.	71 Notfallkranken pflegekräfte mit Erfahrungen von Gewalt am Arbeitsplatz	CARE-Programm (Comprehensive Active Resilience Education) Inhalte: integrativer Ansatz basierend auf dem Resilienzmodell, Achtsamkeit und emotionale Regulation, Coping, positives Selbstbild, Organisatorische Unterstützung, Achtsamkeit, positive Neubewertung, Zukunftsplanung Methoden: Hybridformat, Onlineangebote mit Video, Lesematerial und Übungen,	Resilienz (CD-RISC-10), Coping (36-item Trait Coping Style Questionnaire)	Niedrige bis moderate Effekte auf die Resilienz; Nach 4 und 12 Wochen beträgt der p-Wert jeweils 0.05. Resilienzentwicklung ist verknüpft mit Umweltfaktoren; Verbesserung der Resilienz vor allem durch organisatorische Maßnahmen

					Gruppentreffen mit Psychologen, Hausaufgaben und Feedback Dauer: 8 Einheiten alle 14 Tage		
Mealer et al., 2014 USA	Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses	RCT mit Kontrollgruppe (n= 14)	Ziel dieser Arbeit ist es festzustellen, ob ein multimodales Resilienztraining für Intensivpflegekräfte durchführbar und akzeptabel ist.	27 Pflegefachkräfte von Intensivstationen	Analoges Resilienzprogramm Inhalt: KVT und MBSR, Selbstfürsorge, Emotionsregulation, körperliche Aktivität Methode: Gruppen Workshops, Journalen, Meditation, Psychotherapie einzeln, online Angebote Dauer: 12 Wochen, initial 2-tägiger Workshops	Resilienz (CD-RISC) Burnout (MBI)	Beide Gruppen: signifikante Zunahme der Resilienzscores anhand des CD-RISC (p= 0.05) sowie signifikante Reduzierung des Stresslevels. Signifikante Reduktion von Depression in der Interventionsgruppe (p=0.03).

Montgomery et al., 2025 USA	Shift Type and Resilience Training Effect on Nurse Outcomes	Mehrfacherhobene Querschnittstudie; elektronische Datenerhebung mittels QR-Codes und Links.	Ermittelt werden soll die Wirkung des Community Resilience Model-Trainings auf die Wahrnehmung der organisatorischen Unterstützung, Belastbarkeit, Burnout, Stress und Kündigungsabsicht bei PFKs. Gleichzeitig sollen die Unterschiede der demographischen Daten, der Arbeitsmerkmale und der Ergebnisse je nach Schichttyp untersucht werden.	242 Pflegefachkräfte aus verschiedenen Fachbereichen haben an dem CRM teilgenommen	CRM (Community Resilience Modell) Onlinetraining als Teil des „WE CARE“ Programms Inhalte: Körper- und neurophysiologische Übungen, Selbstregulationstechniken (Verankerung, positive Erinnerungen) Methode: Zoom-Mettigs mit CRM-Trainer*innen, Praktische Übungen Dauer: 30-180 min., je nach Gruppierung, Wiederholende Schulungen seit 2022	Resilienz (CD RISC-2) Stress (WBI)	Kein Effekt auf die Resilienz in der Interventionsgruppe Post-Intervention; jedoch Reduzierung des Stresses (49% vs. 42%, (p=0.49)) und eine höhere wahrgenommene organisationale Unterstützung (p=0.01).

Okamoto et al., 2024 USA	Building Resilience in New Graduate RNs: Lessons Learned	Langzeit-Kohortenstudie mit Follow-up nach 6 und 12 Monaten	Ziel ist es die Langzeitwirkung des Resilienzprogramms für neu examinierte PFKs auf die Resilienz, Professionelle Lebensqualität und Erfahrung als PFK zu erfassen.	24 neu examinierte Pflegefachkräfte (NGRN)	Resilienztraining als Teil eines Einarbeitungsprogramm (NRP: Nurse Residency Program) Inhalt: Theoretische Grundlagen, Selbstfürsorge, Positivität, Coping Skills, Stress Management Methoden: PowerPoint Vorträge, Gruppendiskussionen, Journalen, Mentoring, Reflexion, supportgruppen Dauer: 6 Monate, virtuelle Sitzungen zu mehreren Einheiten	Resilienz (BRS)	Unerwartete Ergebnisse: Resilienz der neu examinierten PFKs nach 6 Monaten signifikant gesunken (p=0.001); Pflegende fühlen sich in der Rolle als Fachkraft weniger resilient (Hinweis „Transition Shock“)

Anhang 3: Qualitätsurteil der Studien (eigene Darstellung)

Autor*innen/ Jahr	**Bewertungsinstrument**	**Erfüllte Kriterien**	**Qualitätsurteil**	**Begründung/Kommentar**
Abbasalizadeh et al., 2024	JBI-Checkliste für Randomisierte Kontrollierte Studien	10/13 = 76%*	Mittel	Kein Follow-up; Randomisierung beschrieben; standardisierte Instrumente; klares Design; einfache Verblindung
Albsoul et al., 2022	JBI-Checkliste für Übersichtsarbeiten	9/11 = 82%*	Hoch	Keine Bewertung der eingeschlossenen Studien vorgenommen; klares Suchschema (PRISMA)
Babanataj et al., 2019	JBI-Checkliste für quasi-experimentelle Studien	7/9 = 77%*	Mittel	Keine Kontrollgruppe; kein Follow-up; Valide Messinstrumente; geeignete statistische Analysen
Foster et al., 2018	JBI-Checkliste für quasi-experimentelle Studien	8/9 = 88%*	Hoch	Keine Kontrollgruppe; 3-Monats Follow-up vorhanden; klare Methodik
Henshall et al., 2020	JBI Checklist für qualitative Studien	10/10 = 100%*	Hoch	Zusammenhang zwischen theoretischem Hintergrund, Fragestellung und Methodik; Klare Beschreibung der Methodik

Janzarik et al., 2022	JBI-Checkliste für Randomisierte Kontrollierte Studien	10/13 = 76%*	Mittel	Keine Verblindung; Wartelisten-Kontrollgruppe; standardisierte Assessments;
Kavuran et al., 2025	JBI-Checkliste für quasi-experimentelle Studien	9/9 = 100%*	Hoch	Kontrollgruppe vorhanden; Follow-up durchgeführt; klare statistische Analyse
Kunzler et al., 2022	JBI-Checkliste für Übersichtsarbeiten	11/11 = 100%*	Hoch	Detaillierte Dokumentation der Methodik; schlüssige Ergebnisse
Kyranou &Karanikola, 2025	SANRA - a scale for the quality assessment of narrative review articles	10 Punkte von 12 Punkten = 83%*	Hoch	Begrenzte methodische Transparenz; gute theoretische Einordnung
Lee et al., 2025	JBI-Checkliste für Randomisierte Kontrollierte Studien	10/13 = 76%*	Mittel	Verblindung nicht nachvollziehbar; Follow-up und Randomisierung detailliert dargestellt
Liao et al., 2025	JBI-Checkliste für quasi-experimentelle Studien	9/9 = 100%*	Hoch	Follow-up durchgeführt; klare Methodik
Mealer et al., 2014	JBI-Checkliste für Randomisierte Kontrollierte Studien	8/13 = 62%*	Mittel	Verblindung und Gruppen Zuteilung nicht ausreichend dokumentiert; gute Messinstrumente und Beschreibung der Intervention
Montgomery et al., 2025	JBI-Checklist für Querschittsstudien	7/8 = 88%*	Hoch	Selbstberichtdaten; große Stichprobe; klare Methodik

Okamotot et al., 2024	JBI-Checkliste für Kohortenstudien	8/11 = 73%*	Mittel	Gutes Follow-up; keine Verfolgung von Confounder
Yu et al., 2024	JBI-Checkliste für Übersichtsarbeiten	10/11 = 92%*	Hoch	Heterogene Studien; gute Dokumentation der Methodik
Zhai et al., 2021	JBI-Checkliste für Übersichtsarbeiten	11/11 = 100%*	Hoch	Bias-Bewertung durchgeführt; klare Synthese

*Erfüllte Kriterien in %:

</= 60% = Niedrig
60% -79% = Mittel
80% - 100% = Hoch

Anhang 4: JBI-Checkliste für die kritische Bewertung von randomisiert kontrollierten Studien

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von randomisiert kontrollierten Studien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Abbasalizadeh et al.
Jahr 2024

	Ja	**Nein**	**Unklar**	**Nicht zutreffend**
1. Wurde ein korrektes Randomisierungsverfahren verwendet, um die Teilnehmenden den Untersuchungsgruppen zuzuteilen? Zufallsprinzip	☒	☐	☐	☐
2. War die Zuteilung zu den Untersuchungsgruppen verdeckt? Beschrieben als einfach verblindet	☒	☐	☐	☐
3. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie vergleichbar? (n=30/N=30) Intensivpflegekräfte	☒	☐	☐	☐
4. Waren die Teilnehmenden hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet? Nicht möglich; digitale Intervention	☐	☒	☐	☐
5. Waren die betreuenden Personen hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet?	☐	☒	☐	☐
6. Waren die Personen, welche die Studienergebnisse erhoben und auswerteten, hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet?	☒	☐	☐	☐
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	☒	☐	☐	☐
8. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Gruppenunterschiede beim Follow-up angemessen beschrieben und analysiert? (kein Follow-Up)	☐	☐	☒	☐

9. Wurden die Teilnehmenden in den Gruppen analysiert, denen sie per Randomisierung zugeteilt waren?	☐	☐	☐	☐
10. Wurden die Ergebnisse in beiden Untersuchungsgruppen auf die gleiche Weise gemessen? DASS-21	☒	☐	☐	☐
11. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Mit standardisierten Tools (DASS-21)	☒	☐	☐	☐
12. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? p-Test und t-Test	☒	☐	☐	☐
13. War das Studiendesign angemessen und wurden Abweichungen vom üblichen RCT Design (individuelle Randomisierung, Parallelgruppen) bei der Durchführung und Analyse begründet? Design und Ablauf beschrieben	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von randomisiert kontrollierten Studien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Janzarik et al.
Jahr 2022

	Ja	**Nein**	**Unklar**	**Nicht zutreffend**
1. Wurde ein korrektes Randomisierungsverfahren verwendet, um die Teilnehmenden den Untersuchungsgruppen zuzuteilen? Randomisiert per Computer	☒	☐	☐	☐
2. War die Zuteilung zu den Untersuchungsgruppen verdeckt? Wartelisten-Kontrollgruppe	☒	☐	☐	☐
3. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie vergleichbar? keine signifikanten Unterschiede festgestellt zwischen Kontroll-und Interventionsgruppe	☒	☐	☐	☐
4. Waren die Teilnehmenden hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet? Nicht möglich; Gruppenintervention	☐	☒	☐	☐
5. Waren die betreuenden Personen hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet?	☐	☒	☐	☐
6. Waren die Personen, welche die Studienergebnisse erhoben und auswerteten, hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet?	☐	☒	☐	☐
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	☒	☐	☐	☐
8. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Gruppenunterschiede beim Follow-up angemessen beschrieben und analysiert?	☒	☐	☐	☐
9. Wurden die Teilnehmenden in den Gruppen analysiert, denen sie per Randomisierung zugeteilt waren?	☒	☐	☐	☐

10. Wurden die Ergebnisse in beiden Untersuchungsgruppen auf die gleiche Weise gemessen? Validierte Skalen	☒	☐	☐	☐
11. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Mit standardisierten Tools (z.B. PSS; GHQ-28)	☒	☐	☐	☐
12. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? ANCOVA; ANOVA	☒	☐	☐	☐
13. War das Studiendesign angemessen und wurden Abweichungen vom üblichen RCT-Design (individuelle Randomisierung, Parallelgruppen) bei der Durchführung und Analyse begründet? Design und Ablauf beschrieben	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von randomisiert kontrollierten Studien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Lee et al.
Jahr 2025

	Ja	**Nein**	**Unklar**	**Nicht zutreffend**
1. Wurde ein korrektes Randomisierungsverfahren verwendet, um die Teilnehmenden den Untersuchungsgruppen zuzuteilen? Randomisiert	☒	☐	☐	☐
2. War die Zuteilung zu den Untersuchungsgruppen verdeckt? Wartelisten-Kontrollgruppe Zuteilung beschrieben	☒	☐	☐	☐
3. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie vergleichbar? keine signifikanten Unterschiede festgestellt zwischen Kontroll-und Interventionsgruppe	☒	☐	☐	☐
4. Waren die Teilnehmenden hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet? Nicht möglich; digitale Intervention	☐	☒	☐	☐
5. Waren die betreuenden Personen hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet?	☐	☒	☐	☐
6. Waren die Personen, welche die Studienergebnisse erhoben und auswerteten, hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet? keine Angaben	☐	☐	☒	☐
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	☒	☐	☐	☐
8. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Gruppenunterschiede beim Follow-up angemessen beschrieben und analysiert? 1-Monats Follow-up	☒	☐	☐	☐

9. Wurden die Teilnehmenden in den Gruppen analysiert, denen sie per Randomisierung zugeteilt waren?	☒	☐	☐	☐
10. Wurden die Ergebnisse in beiden Untersuchungsgruppen auf die gleiche Weise gemessen? Validierte Skalen	☒	☐	☐	☐
11. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Mit standardisierten Tools (PSS; BRS; PHQ-8)	☒	☐	☐	☐
12. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? ANCOVA; Regressionsanalyse	☒	☐	☐	☐
13. War das Studiendesign angemessen und wurden Abweichungen vom üblichen RCT Design (individuelle Randomisierung, Parallelgruppen) bei der Durchführung und Analyse begründet? Design und Ablauf beschrieben	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von randomisiert kontrollierten Studien
nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Mealer et al.
Jahr 2014

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Wurde ein korrektes Randomisierungsverfahren verwendet, um die Teilnehmenden den Untersuchungsgruppen zuzuteilen? Randomisiert	☒	☐	☐	☐
2. War die Zuteilung zu den Untersuchungsgruppen verdeckt? nicht ausreichend dokumentiert	☐	☐	☒	☐
3. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie vergleichbar? Baseline-Daten ähnlich	☒	☐	☐	☐
4. Waren die Teilnehmenden hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet? Nicht möglich; Gruppen Intervention	☐	☒	☐	☐
5. Waren die betreuenden Personen hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet?	☐	☒	☐	☐
6. Waren die Personen, welche die Studienergebnisse erhoben und auswerteten, hinsichtlich der Gruppenzuteilung verblindet? keine Angaben	☐	☐	☒	☐
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	☒	☐	☐	☐
8. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Gruppenunterschiede beim Follow-up angemessen beschrieben und analysiert? keine Angaben	☐	☐	☒	☐
9. Wurden die Teilnehmenden in den Gruppen analysiert, denen sie per Randomisierung zugeteilt waren?	☒	☐	☐	☐

10. Wurden die Ergebnisse in beiden Untersuchungsgruppen auf die gleiche Weise gemessen? Validierte Skalen	☒	☐	☐	☐
11. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Mit standardisierten Tools (z.B. CD-RISC, HADS)	☒	☐	☐	☐
12. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? t-Test und Effektgrößen	☒	☐	☐	☐
13. War das Studiendesign angemessen und wurden Abweichungen vom üblichen RCT Design (individuelle Randomisierung, Parallelgruppen) bei der Durchführung und Analyse begründet? Design und Ablauf beschrieben	☒	☐	☐	☐

Anhang 5: JBI Checkliste für die Bewertung von quasi-experimentellen Studien

JBI Checkliste für die Bewertung von quasi-experimentellen Studien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Okotber 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person: Mia Lena Meister
Datum: 21.10.2025
Autor: Babanataj et al.
Jahr: 2019

	Ja	**Nein**	**Unklar**	**Nicht zutreffend**
1. Wird es in der Studie klar, was die «Ursache» und was der «Effekt» ist (das heißt, es gibt keine Verwirrung darüber, welche Variabel zuerst kommt?)	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnlich? (demographischen Daten erhoben; nur ITS-Pflegende)	☒	☐	☐	☐
3. Waren die Teilnehmenden in den Vergleichen ähnlich in Bezug auf die erhaltene Behandlung/ Betreuung abgesehen von der Exposition oder der Intervention von Interesse?	☒	☐	☐	☐
4. Gab es eine Kontrollgruppe?	☐	☒	☐	☐
5. Gab es mehrere Ergebnismessungen sowohl vor als auch nach der Intervention/Exposition? (Prä-Post Design)	☒	☐	☐	☐
6. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Follow-up angemessen beschrieben und untersucht? (kein Follow-up)	☐	☒	☐	☐
7. Wurden die Ergebnisse der Teilnehmenden, die jeweils bei den Vergleichen eingeschlossen wurden, auf dieselbe Weise gemessen?	☒	☐	☐	☐

8. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Messinstrumente sind validierte Skalen (CD-RISC, ENSS)	☒	☐	☐	☐
9. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? (t- Test wurde verwendet)	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die Bewertung von quasi-experimentellen Studien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)* (Deutsche Übersetzung FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Foster et al.
Jahr 2018

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Wird es in der Studie klar, was die «Ursache» und was der «Effekt» ist (das heisst, es gibt keine Verwirrung darüber, welche Variabel zuerst kommt?)	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnlich? (Homogene Stichprobe; in der Psychiatrischen Erwachsenen Pflege)	☒	☐	☐	☐
3. Waren die Teilnehmenden in den Vergleichen ähnlich in Bezug auf die erhaltene Behandlung/ Betreuung abgesehen von der Exposition oder der Intervention von Interesse?	☒	☐	☐	☐
4. Gab es eine Kontrollgruppe?	☐	☒	☐	☐
5. Gab es mehrere Ergebnismessungen sowohl vor als auch nach der Intervention/Exposition? (Prä-Post Design)	☒	☐	☐	☐
6. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Follow-up angemessen beschrieben und untersucht? (3 Monats Follow-up)	☒	☐	☐	☐
7. Wurden die Ergebnisse der Teilnehmenden, die jeweils bei den Vergleichen eingeschlossen wurden, auf dieselbe Weise gemessen?	☒	☐	☐	☐

8. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Messinstrumente sind validierte Skalen (DASS-21, WIR-60)	☒	☐	☐	☐
9. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? (mit t- Test)	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die Bewertung von quasi-experimentellen Studien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Kavuran et al.
Jahr : 2025

	Ja	**Nein**	**Unklar**	**Nicht zutreffend**
1. Wird es in der Studie klar, was die «Ursache» und was der «Effekt» ist (das heisst, es gibt keine Verwirrung darüber, welche Variabel zuerst kommt?)	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnlich? relativ homogen, ITS-Pflegende	☒	☐	☐	☐
3. Waren die Teilnehmenden in den Vergleichen ähnlich in Bezug auf die erhaltene Behandlung/ Betreuung abgesehen von der Exposition oder der Intervention von Interesse?	☒	☐	☐	☐
4. Gab es eine Kontrollgruppe?	☒	☐	☐	☐
5. Gab es mehrere Ergebnismessungen sowohl vor als auch nach der Intervention/Exposition? Prä-Post Design	☒	☐	☐	☐
6. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Follow-up angemessen beschrieben und untersucht? 1-Monats Follow-up vorhanden	☒	☐	☐	☐
7. Wurden die Ergebnisse der Teilnehmenden, die jeweils bei den Vergleichen eingeschlossen wurden, auf dieselbe Weise gemessen?	☒	☐	☐	☐

8. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Messinstrumente sind validierte Skalen (DASS-21)	☒	☐	☐	☐
9. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? ANOVA und post-hoc-test	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die Bewertung von quasi-experimentellen Studien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Liao et al.
Jahr : 2025

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Wird es in der Studie klar, was die «Ursache» und was der «Effekt» ist (das heisst, es gibt keine Verwirrung darüber, welche Variabel zuerst kommt?)	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Teilnehmenden, die in die Vergleiche eingeschlossen wurden, ähnlich? (relativ homogen, psychiatrische PFKs mit Gewalterfahrungen)	☒	☐	☐	☐
3. Waren die Teilnehmenden in den Vergleichen ähnlich in Bezug auf die erhaltene Behandlung/ Betreuung abgesehen von der Exposition oder der Intervention von Interesse?	☒	☐	☐	☐
4. Gab es eine Kontrollgruppe?	☒	☐	☐	☐
5. Gab es mehrere Ergebnismessungen sowohl vor als auch nach der Intervention/Exposition? (Prä-Post Design)	☒	☐	☐	☐
6. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Follow-up angemessen beschrieben und untersucht? (12-Wochen Follow-up vorhanden)	☒	☐	☐	☐
7. Wurden die Ergebnisse der Teilnehmenden, die jeweils bei den Vergleichen eingeschlossen wurden, auf dieselbe Weise gemessen?	☒	☐	☐	☐

8. Wurden die Ergebnisse reliabel gemessen? Messinstrumente sind validierte Skalen (CD-RISC, HADS)	☒	☐	☐	☐
9. Wurden geeignete statistische Analysen verwendet? (ANCOVA, Effektgrößen und Signifikanz)	☒	☐	☐	☐

Anhang 6: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von qualitativen Studien

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von qualitativen Studien *nach* Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Okotber 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 22.10.2025
Autor Henshall et al.
Jahr 2020

	Ja	**Nein**	**Unklar**	**Nicht zutreffend**
1.Gibt es eine Übereinstimmung zwischen der angegebenen philosophischen Perspektive und der Forschungsmethodologie? Mixed Methods Design mit Survey und Interview für qualitative Daten	☒	☐	☐	☐
2. Gibt es eine Übereinstimmung zwischen der Forschungsmethodologie und der Forschungsfrage oder den Zielen? Klare Fragestellung und Methode	☒	☐	☐	☐
3. Gibt es eine Übereinstimmung zwischen der Forschungsmethodologie und den verwendeten Methoden zur Datensammlung? Prä-Post Erhebung und Reflexion	☒	☐	☐	☐
4. Gibt es eine Übereinstimmung zwischen der Forschungsmethodologie und der Darstellung und Analyse der Daten? Anhand der Methode dargestellt	☒	☐	☐	☐
5. Gibt es eine Übereinstimmung zwischen der Forschungsmethodologie und der Interpretation der Ergebnisse? Themenanalyse	☒	☐	☐	☐
6. Gibt es Informationen zum kulturellen und theoretischen Hintergrund der Forschenden?	☒	☐	☐	☐
7. Ist der Einfluss der Forschenden auf die Forschung und umgekehrt angesprochen? Reflexion der Forschenden zur Erfahrung in diesem Bereich	☒	☐	☐	☐

8. Sind die Teilnehmenden und deren Stimmen angemessen vertreten? N= 12, Datensättigung erreicht	☒	☐	☐	☐
9. Ist die Forschung nach aktuellen Kriterien oder neuen Studien ethisch, und gibt es Belege für die Bewilligung durch eine Ethikkommission? Ethik reflektiert	☒	☐	☐	☐
10. Basieren die Schlussfolgerungen im Forschungsbericht auf der Analyse oder auf der Interpretation der Daten? Schlussfolgerung stimmig mit Daten	☒	☐	☐	☐

Anhang 7: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Kohortenstudien

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Kohortenstudien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 21.10.2025
Autor Okamoto et al.
Jahr 2024

	Ja	**Nein**	**Unklar**	**Nicht zutreffend**
1. Waren die beiden Gruppen ähnlich und wurden sie aus derselben Population rekrutiert? Neu examinierte PFKs aus einer Klinik	☒	☐	☐	☐
2. Wurde die Exposition ähnlich gemessen, um die Teilnehmenden entweder der exponierten oder der nicht-exponierten Gruppen zuzuteilen?	☒	☐	☐	☐
3. Wurde die Exposition valide und reliabel gemessen? Intervention genau beschrieben	☒	☐	☐	☐
4. Wurden Störfaktoren (Confounders) identifiziert? nicht kontrolliert	☐	☐	☒	☐
5. Wurden Strategien für den Umgang mit Störfaktoren genannt?	☐	☒	☐	☐
6. Sind die Gruppen/Teilnehmenden zu Beginn der Studie (oder zum Zeitpunkt der Exposition) frei von dem zu untersuchenden Ergebnis?	☒	☐	☐	☐
7. Wurden die Ergebnisse valide und reliabel gemessen? Validierte Tools (BRS, ProQoL)	☒	☐	☐	☐
8. Wurde die Follow-up Zeit angegeben und war sie lang genug, damit Ergebnisse auftreten konnten? 6-und 12 Monate Follow-up	☒	☐	☐	☐

9. War das Follow-up vollständig und falls nicht, wurden die Gründe für das Nichterscheinen zum Follow-up beschrieben und untersucht? Vollständig	☒	☐	☐	☐
10. Wurden Strategien verwendet, um mit dem unvollständigen Follow-up umzugehen?	☐	☐	☐	☒
11. Wurde eine geeignete statistische Analyse verwendet? t-Test und Varianzanalyse	☒	☐	☐	☐

Anhang 8: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Querschnittsstudien

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Querschnittsstudien nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 26. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 22.10.2025
Autor Montgomery et al.
Jahr 2025

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Wurden die Einschlusskriterien für die Stichprobe genau beschrieben?	☒	☐	☐	☐
2. Wurden die Studienteilnehmenden und das Setting detailliert beschrieben? Stichprobe breit; verschiedene Schichtarbeitende; viele Fachbereiche	☒	☐	☐	☐
3. Wurde die Exposition valide und reliabel gemessen? Intervention und Dauer beschrieben	☒	☐	☐	☐
4. Wurden objektive, standardisierte Kriterien zur Messung des Zustands/der Erkrankung verwendet? Baseline daten u.a. mit CD-RISC, WBI	☒	☐	☐	☐
5. Wurden Störfaktoren (Confounders) identifiziert? Demografische und arbeitsbezogene Confounders kontrolliert	☒	☐	☐	☐
6. Wurden Strategien für den Umgang mit Störfaktoren genannt? Keine Erläuterung	☐	☒	☐	☐
7. Wurden die Ergebnisse valide und reliabel gemessen? Gemessen mit variablen Tools	☒	☐	☐	☐
8. Wurde eine geeignete statistische Analyse verwendet? Mulitvariante Lösungen (ANCOVA)	☒	☐	☐	☐

Anhang 9: JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Übersichtsarbeiten

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Übersichtsarbeiten nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 27. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 23.10.2025
Autor Albsoul et al.
Jahr 2022

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Forschungsfrage klar und präzise formuliert?	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Einschlusskriterien für die Forschungsfrage geeignet?	☒	☐	☐	☐
3. War die Suchstrategie geeignet? Nach PRISMA	☒	☐	☐	☐
4. Waren die verwendeten Quellen und Mittel für die Studiensuche geeignet? Vier medizinische und Pflegerische Datenbanken durchsucht	☒	☐	☐	☐
5. Waren die Kriterien für die kritische Beurteilung der Studien geeignet? Ein-und Ausschluss Kriterien klar definiert	☒	☐	☐	☐
6. Wurde die kritische Beurteilung durch zwei oder mehrere unabhängige Personen vorgenommen?	☒	☐	☐	☐
7. Wurden Massnahmen ergriffen, um Fehler bei der Datenextraktion zu minimieren? (jedoch keine Qualität Bewertung der eingeschlossenen Studien)	☐	☐	☒	☐
8. Waren die Methoden zur Zusammenfassung der Studien geeignet?	☒	☐	☐	☐

9. Wurde die Wahrscheinlichkeit eines Publikationsbias eingeschätzt?	☐	☒	☐	☐
10. Waren die Empfehlungen für die Gesundheitspolitik und/oder Praxis abgestützt auf die beschriebenen Daten?	☒	☐	☐	☐
11. Waren die spezifischen Empfehlungen für weiterführende Forschung geeignet? Schlussfolgerungen basieren auf den erhobenen Daten	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Übersichtsarbeiten nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 27. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 23.10.2025
Autor Kunzler et al.
Jahr 2022

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Forschungsfrage klar und präzise formuliert? PICO-Schema	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Einschlusskriterien für die Forschungsfrage geeignet? Klar definiert	☒	☐	☐	☐
3. War die Suchstrategie geeignet? Umfassend dokumentiert	☒	☐	☐	☐
4. Waren die verwendeten Quellen und Mittel für die Studiensuche geeignet? Nur RCTs	☒	☐	☐	☐
5. Waren die Kriterien für die kritische Beurteilung der Studien geeignet? Ein-und Ausschluss Kriterien klar definiert	☒	☐	☐	☐
6. Wurde die kritische Beurteilung durch zwei oder mehrere unabhängige Personen vorgenommen?	☒	☐	☐	☐
7. Wurden Massnahmen ergriffen, um Fehler bei der Datenextraktion zu minimieren? Cochrane risk of bias Tool genutzt	☒	☐	☐	☐
8. Waren die Methoden zur Zusammenfassung der Studien geeignet? SMDs geeignet	☒	☐	☐	☐
9. Wurde die Wahrscheinlichkeit eines Publikationsbias eingeschätzt? Geprüft	☒	☐	☐	☐

10. Waren die Empfehlungen für die Gesundheitspolitik und/oder Praxis abgestützt auf die beschriebenen Daten? Interpretation schlüssig	☒	☐	☐	☐
11. Waren die spezifischen Empfehlungen für weiterführende Forschung geeignet? Schlussfolgerungen basieren auf den erhobenen Daten	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Übersichtsarbeiten nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care FIT-Nursing Care. Abgerufen am 27. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 23.10.2025
Autor Yu et al.
Jahr 2024

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Forschungsfrage klar und präzise formuliert?	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Einschlusskriterien für die Forschungsfrage geeignet? Klar definiert	☒	☐	☐	☐
3. War die Suchstrategie geeignet? Umfassend dokumentiert	☒	☐	☐	☐
4. Waren die verwendeten Quellen und Mittel für die Studiensuche geeignet? Mehrere geeignete Datenbanken genutzt	☒	☐	☐	☐
5. Waren die Kriterien für die kritische Beurteilung der Studien geeignet? Ein-und Ausschluss Kriterien klar definiert	☒	☐	☐	☐
6. Wurde die kritische Beurteilung durch zwei oder mehrere unabhängige Personen vorgenommen?	☒	☐	☐	☐
7. Wurden Massnahmen ergriffen, um Fehler bei der Datenextraktion zu minimieren? JBI Checklist zur Qualitätsprüfung genutzt	☒	☐	☐	☐
8. Waren die Methoden zur Zusammenfassung der Studien geeignet? SMDs geeignet	☒	☐	☐	☐

9. Wurde die Wahrscheinlichkeit eines Publikationsbias eingeschätzt?	☐	☒	☐	☐
10. Waren die Empfehlungen für die Gesundheitspolitik und/oder Praxis abgestützt auf die beschriebenen Daten? Interpretation schlüssig	☒	☐	☐	☐
11. Waren die spezifischen Empfehlungen für weiterführende Forschung geeignet? Schlussfolgerungen basieren auf den erhobenen Daten	☒	☐	☐	☐

JBI Checkliste für die kritische Bewertung von Übersichtsarbeiten nach Joanna Briggs Institute. (o. J.). *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (Deutsche Übersetzung: FIT-Nursing Care). FIT-Nursing Care. Abgerufen am 27. Oktober 2025, von https://www.fit-care.ch/fit-nursing-care/methodik

Beurteilende Person Mia Lena Meister
Datum 23.10.2025
Autor Zhai et al.
Jahr 2021

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Forschungsfrage klar und präzise formuliert?	☒	☐	☐	☐
2. Waren die Einschlusskriterien für die Forschungsfrage geeignet? Klar definiert	☒	☐	☐	☐
3. War die Suchstrategie geeignet? Umfassend dokumentiert	☒	☐	☐	☐
4. Waren die verwendeten Quellen und Mittel für die Studiensuche geeignet? Mehrere geeignete Datenbanken genutzt (Embase, PubMed etc.)	☒	☐	☐	☐
5. Waren die Kriterien für die kritische Beurteilung der Studien geeignet? Ein-und Ausschluss Kriterien klar definiert	☒	☐	☐	☐
6. Wurde die kritische Beurteilung durch zwei oder mehrere unabhängige Personen vorgenommen? Qualität nach Cochrane erhoben	☒	☐	☐	☐
7. Wurden Maßnahmen ergriffen, um Fehler bei der Datenextraktion zu minimieren?	☒	☐	☐	☐
8. Waren die Methoden zur Zusammenfassung der Studien geeignet? standardisiert	☒	☐	☐	☐

9. Wurde die Wahrscheinlichkeit eines Publikationsbias eingeschätzt? Mit funnel-Plot	☒	☐	☐	☐
10. Waren die Empfehlungen für die Gesundheitspolitik und/oder Praxis abgestützt auf die beschriebenen Daten? Interpretation schlüssig	☒	☐	☐	☐
11. Waren die spezifischen Empfehlungen für weiterführende Forschung geeignet? Schlussfolgerungen basieren auf den erhobenen Daten	☒	☐	☐	☐

Anhang 10: SANRA Checkliste nach Baethge et al. (2019)

Beurteilende Person: Mia Lena Meister
Datum 24. Oktober 2025
Autor*innen: Kyranou & Karanikola
Jahr: 2025

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

1) Justification of the article's importance for the readership

The importance is not justified.	0	
The importance is alluded to, but not explicitly justified.	1	2
The importance is explicitly justified.	2	

2) Statement of concrete aims or formulation of questions

No aims or questions are formulated.	0	
Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions.	1	1
One or more concrete aims or questions are formulated.	2	

3) Description of the literature search

The search strategy is not presented.	0	
The literature search is described briefly.	1	2
The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria.	2	

4) Referencing

Key statements are not supported by references.	0	
The referencing of key statements is inconsistent.	1	2
Key statements are supported by references.	2	

5) Scientific reasoning

(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)

The article's point is not based on appropriate arguments.	0	
Appropriate evidence is introduced selectively.	1	1
Appropriate evidence is generally present.	2	

6) Appropriate presentation of data

(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)

Data are presented inadequately.	0	
Data are often not presented in the most appropriate way.	1	2
Relevant outcome data are generally presented appropriately.	2	

Sumscore 10

Fig. 1 SANRA - Scale

10. Eidesstattliche Versicherung

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 vorliegen-den 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:

- DeepL für Übersetzungen z.B. für Teile des Abstracts

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.

Vorname und Nachname Studierende/r:

Mia Lena Meister

Datum: 09.12.2025

Handschriftliche Unterschrift Studierende/r

