

The influence of peer group supervision during nursing education on occupational identity and well-being: Results of a mixed methods study

Abstract

Background: The development of occupational identity is an open and dynamic process and represents an element of competence development. Measures to accompany this development include reflecting on typical professional situations, individual challenges and the professional role. Peer counselling in the format of peer group supervision appears suitable for creating the necessary opportunities for reflection.

Aim: The study investigates the influence of peer group supervision on the development of occupational identity and whether peer group supervision influences psychological well-being.

Methods: A group of apprentices (n=25) in the three-year nursing training programme were trained in peer group supervision and conducted it regularly over the course of a year. In a mixed-methods approach, the commitment questionnaire of the COMET instrument, the WHO-5 well-being index, progress logs and focus group interviews were used to determine the effects and influences of peer group supervision on occupational identity and well-being in the longitudinal section.

Results: Peer group supervision has a moderating influence on the development of occupational identity and contributes to competence development. Psychological well-being can be improved through peer group supervision.

Conclusions: Peer group supervision should be learned in a structured way and continuously be applied in vocational training.

Keywords: peer group supervision, peer counselling, mixed-method, COMET, well-being, competence

Stefan Wellensiek¹

Jan Ehlers²

Michaela Stratmann²

1 Bildung & Beratung Bethel, Bielefeld, Germany

2 Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Witten, Germany

1. Introduction

The development of professional identity is a dynamic and open process [1]. Its form changes in the course of professional socialisation [2]. To date, there is no standardised understanding of professional identity [3]. However, two focal points can be identified in the understanding of the term. On the one hand, it is about a personal perspective in the form of reflexive self-positioning in the context of the profession. On the other hand, there is a social perspective that emphasises belonging to a group [4]. The personal perspective tends to be translated as occupational identity, while the social perspective tends to be translated as professional identity [5]. In the context of this work, professional identity is assigned to the personal framework and is defined as assuming the professional role in order to cope with typical professional situations [6]. Therefore, the term occupational identity is used here. Characteristics of occupational identity are the degree of attachment, interest and pride in the profession as well as the desire to continue working in the profession in the future [7]. In order to develop occupational identity, it is important to analyse the professional

role [6]. Reflective processes can promote and strengthen this development [8]. In this understanding, occupational identity is closely linked to competence development [6]. The development of competence and occupational identity is seen as a parallel process in which the two constructs are related to each other [9]. This relationship becomes clear in the dispositional understanding of competence, which places the elements of disposition, performance and reflection at the centre [10]. Applied to the nursing profession, nurses must reflect on dispositions and performance, e.g. knowledge of the expectations placed on them or procedures and processes in professional nursing, in order to develop an occupational identity and competence. A solidified occupational identity and thus highly developed competences have positive effects on job satisfaction and long-term retention [11]. Peer counselling offers a pragmatic and cost-effective option for reflection. The format of peer group supervision is proposed for the nursing profession [12]. This involves participants in a peer group reflecting on work-related cases in a systematic and results-orientated manner [13]. To support reflection, a key question is formulated, which is addressed using a counselling method [14]. The focus

is on a self-experienced, sometimes sensitive section of one's own professional practice [15]. The aim of peer group supervision is to jointly develop a solution or approaches to professional key issues and individual challenges [16]. In contrast to medical peer review [17], peer group supervision is not an evaluation procedure for quality assurance but addresses the individual needs of those involved.

Peer group supervision provides support in overcoming professional challenges, problems or tasks [18]. New perspectives are opened up and solutions to problems are generated. Peer group supervision helps to obtain suggestions for dealing with practical professional problems and to shape the way in which training-related stress is handled [19]. In addition, peer group supervision has positive effects on the somatic well-being of nursing apprentices [20] and reduces moral stress [21]. Peer group supervision could therefore have positive effects on psychological well-being in relation to occupational stress. As the format of peer group supervision focuses on elements of occupational identity [9] and positive effects on well-being can be assumed, the following hypothesis is used as a basis: Peer group supervision has a positive influence on the development of occupational identity and has a positive effect on psychological well-being during vocational education.

The use of peer group supervision is legitimised by the training and examination regulations for the nursing professions. Demanding, applying and using peer counselling are defined as competences to be achieved in Annexes I and II. The framework plans of the expert commission identify peer group supervision as an element of reflection and suggest that apprentices actively and regularly participate in corresponding courses [22]. For this reason, apprentices in the nursing profession were chosen as the sample in this study.

The study examines the following key questions:

- What influence does peer group supervision have on the development of occupational identity and associated competence among apprentices in the nursing profession?
- What influence does peer group supervision have on the psychological well-being of apprentices?

2. Methodology

The reporting follows the guideline for “Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS)” [23].

2.1. Study design

The study is a longitudinal study in a mixed-methods design with quantitative and qualitative instruments. The quantitative data was collected, processed and analysed in SPSS 29.0 and the qualitative data in MAXQDA 2018.2. Apprentices on a three-year nursing training course were selected as the sample. They were trained in peer group supervision and subsequently conducted seven peer

group supervision sessions (see figure 1). The specific distribution of the measurement times is shown in attachment 1.

2.2. Sample

The sample is a healthcare and nursing course in North Rhine-Westphalia in Germany with $n=25$ people (23 f/2 m) aged between 19 and 25. They had completed 16 months of training at the beginning of the study (t0). The final survey (t8) was at the beginning of the third year of training. The sample is relatively homogeneous: The interest and support of the parents with regard to the training is high (92% and 88% agreement) and the training corresponds to the career aspirations (84% agreement). There are differences in terms of school-leaving qualifications (eight after 10 years, seven after 12 years and nine after 13 years). Twelve people have family members in the profession, twelve do not. One person did not provide any information. Before the study began, there was no relationship between the researcher and the apprentices.

2.3. Data collection

2.3.1. Commitment questionnaire of the COMET instrument

The commitment questionnaire of the COMET instrument [24] was used twice (t0 and t8) to map occupational identity. The instrument contains five subscales (occupational identity, organisational identity, occupational commitment, organisational commitment, work ethics) with six items each. There are also eight questions on career choice motives (see attachment 2). The occupational identity subscale emphasises those cognitive and emotional dispositions that correspond to the development from novice to expert and lead to professional competence [9]. It is concretised, for example, in the items pride and interest in the profession. Threshold values (low, medium, high) are specified for categorising the mean values of the subscales [4] (see table 1). The questionnaire has a high internal consistency. The respective subscales achieve a Cronbach's alpha between .71 and .90 [6].

2.3.2. WHO-5 well-being Index

The WHO-5 Well-being Index [25] is used to map psychological well-being (see attachment 3). The instrument was used a total of eight times (t0 to t7), each time before the start of the peer group supervision. The self-assessment procedure measures a person's subjective psychological well-being regarding the last 14 days [26]. Items include, for example, the level of mood and the degree of relaxation. The rating of the items is often related to the professional experience. For example, constant arguments with superiors can influence mood or interest in work. Well-being is represented by a total value that can

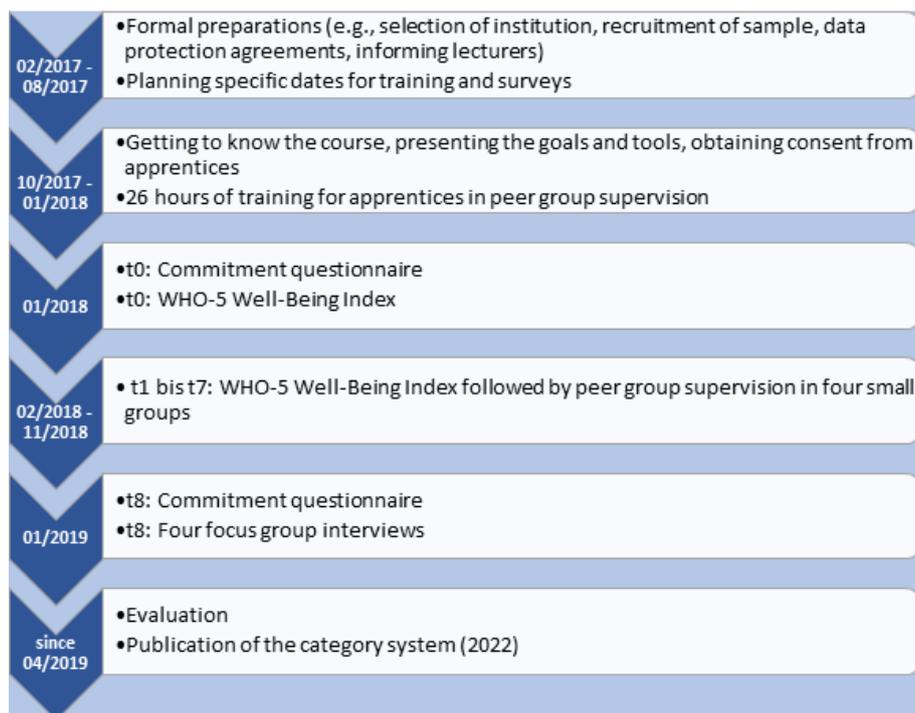


Figure 1: Overview of the organisational process and the use of the instruments

Table 1: Overview of the threshold values for the mean values of the subscales [4]

Subscale	Low	Medium	High
Occupational identity	m from 0-16	m from 16,1-19	m from 19,1-24
Organisational identity	m from 0-12	m from 12,1-17	m from 17,1-24
Occupational commitment	m from 0-14	m from 14,1-19	m from 19,1-24
Organisational commitment	m from 0-14,4	m from 14,5-17	m from 17,1-24
Work ethics	no threshold values	no threshold values	no threshold values

m=mean value

take on values between 0 and 25. An index value of ≤ 13 indicates a low level of well-being and is an indication for the specific diagnosis of depression as defined by ICD-10 [27]. The sensitivity of the scale for recognising depression has an average value of 93% and an average specificity of 64% [28]. Cronbach's alpha is between .82 and .95 [29]. The influence of key socio-demographic factors such as age group, gender or place of residence on the reliability of the scale is low [30].

2.3.3. Protocols and focus group interviews

Each counselling meeting from t1 to t7 was recorded by the participants in a standardised form (see attachment 4). At the end of the study (t8), three guided focus group interviews were conducted with six participants each and one with seven participants in order to uncover further influences on the development of occupational identity and individual attitudes towards peer group supervision. The composition of the interviews corresponded to the counselling groups. The interviews were transcribed and coded. A category system was available for this purpose, which is described in its genesis and is characterised by a high degree of intercoder agreement [31].

2.4. Ethical aspects

The research project was approved by the responsible ethics committee of the University of Witten Herdecke (No. 122/2017). Informed consent with the study participants was ensured by the verbal and written provision of all relevant information and its subsequent written confirmation.

3. Results

3.1. Occupational identity

Table 2 provides an overview of the values of all subscales at the measurement times t0 and t8 as well as a categorisation of the threshold values.

The mean value [m] of occupational identity increases from $m=13.84$ (t0) to $m=16.60$ (t8) over the course of the study. It thus changes in its expression from low to medium. This increase is highly significant ($Z=-3.309$, $p<.001$). No other significant changes could be detected. However, the categorisation of the threshold values changed. The level of organisational identity declined

Table 2: Overview of the descriptive statistics of the subscales and change in the values

Subscale	t	n	Minimum	Maximum	Range	Mean	Standard deviation	Value
Occupational identity	t0	25	11	20	9	13,84	2,52	Low
	t8	25	9	22	13	16,60	3,78	Medium
Organisational identity	t0	25	7	19	12	13,00	4,49	Medium
	t8	25	5	19	14	12,00	5,19	Low
Occupational commitment	t0	25	12	24	12	19,08	3,29	Medium
	t8	25	12	24	12	18,28	3,20	Medium
Organisational commitment	t0	25	8	19	11	13,20	2,50	Low
	t8	25	5	19	14	13,00	3,32	Low
Work ethics	t0	25	11	19	8	13,40	1,89	no threshold values
	t8	25	9	16	7	12,80	2,23	no threshold values

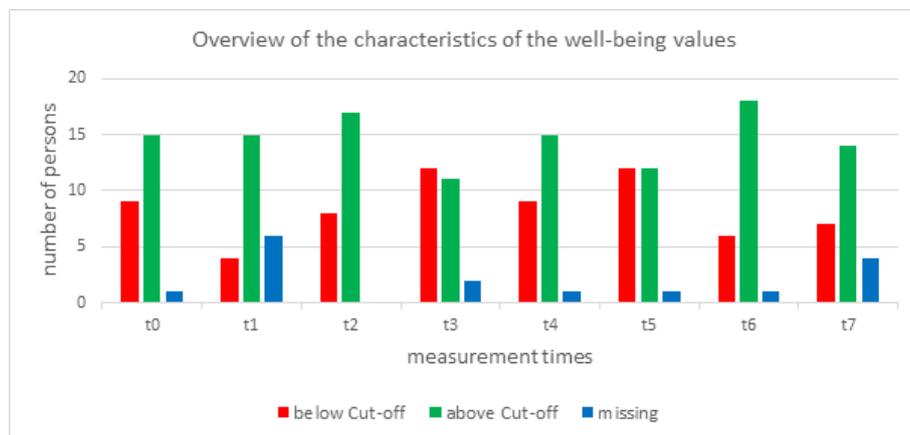


Figure 2: Overview of the characteristics of the well-being values (WHO-5)

from medium to low, while the others remained unchanged.

The evaluation of the focus group interviews [fg] illustrates the development of occupational identity. The apprentices grow into their professional role by naming and reflecting on specific, often stressful situations. In category 4.1.1 “specific topics and questions” [31], 69 situations were recorded. Of these, 53 were the subject of peer group supervision and were formulated as key questions. The key issues include organisational aspects (e.g. filling in at weekends), relationship aspects (e.g. dealing with conflicts in the team), skills development (e.g. problems with lack of learning success), ethical aspects (e.g. dealing with own care mistakes) and sexual harassment. Over the course of the peer group supervision, apprentices [a] become increasingly successful in describing situations, concretising key issues and expressing their thoughts on them. “And I think the more often you meet, the easier it is to talk about these problems.” (fg3, a4, 19) The apprentices rated the opportunity to talk about professional situations they had experienced positively, as these were repeated in a similar form. “I think you feel more understood in the group. Also because the others also have these problems.” (fg2, a15, 388) Solidarity with the counselling group and the other apprentices is discussed. The interviewees agree that peer group supervision should be introduced as early as possible. “I would have

liked peer group supervision at the beginning, and I think it’s especially helpful when you have absolutely no idea [...] and you are faced with a lot of problems.” (fg1, a17, 292). Several participants suggest peer group supervision across training levels, in which beginners can benefit from advanced learners (fg3, a4, 278). “That would be a good way to help each other.” (fg3, a3, 24) In addition, peer group supervision should extend “[...] from the beginning of the vocational training to the end [...]” (fg3, a5, 177). These points illustrate the examination of the professional role and the associated moderating effect of peer counselling on the development of occupational identity and competence.

3.2. Well-being

The results for the WHO-5 Well-being Index are shown for each of the eight measurement times (t0 to t7) with values above (>13) and below (≤13) the cut-off score (see figure 2).

At each time point, some people are below the cut-off value. This occurs more frequently at time points t3 and t5 (48% in each case). In the longitudinal comparison of the measurement times (Wilcoxon test), the central tendencies of the distribution for the individual persons mostly remain the same - well-being remains relatively stable. There are two exceptions: There is a significant

worsening in well-being from t1 to t3 ($Z=-2.236$, $p=.025$). It should be noted that only 18 people were analysed at time t1 due to a lack of participants. In detail, there are five worsenings, no improvements and 13 constant total values between the two points in time. From t3 to t6 there is a medium significant improvement in well-being ($Z=-2.121$, $p=.034$). In this period, there was one worsening, seven improvements and 14 constant total values.

In the focus group interviews, the apprentices were confronted with the mean values of their own group's well-being at the respective points and asked to explain the changes and influencing factors. The explanations are summarised in category 2.3.1 "explanation of well-being values" [31]. Stressful influences mentioned included general dissatisfaction in the class, a so-called mid-course low, a long school block, the time shortly before a holiday, an upcoming mid-term exam, a previous negative practical assignment, high heat in the classroom and problems with a teacher. A practical assignment that went well and the time shortly after the holiday were named as factors that relieved the pressure. The respondents were also asked whether the peer group supervision had helped them to cope with the situations mentioned. These impressions are summarised in category 4.3 "overall impression" [31]. The apprentices described the peer group supervision as a place where they could speak calmly and openly (fg1, a23, 304) and became increasingly courageous over time (fg2, a14, 156). They had noticed a positive change (fg2, a14, 158), recognised problems more objectively (fg2, a15, 404), had fun (fg4, a10, 11) and developed solutions (fg3, a1, 183). The peer group supervision was characterised by "[...] quite terrible [...]" and "[...] it takes getting used to [...]" (fg4, a9, 14) at the start to "[...] really good and helpful [...]" (fg2, a12, 356) at the end. The mutual support, respect, being taken seriously and the harmony in the group were emphasised several times. One apprentice puts it in a nutshell: "[The group] was like a little secret club that you belong to." (fg2, a12, 256). Peer group supervision contributed to psychological well-being in these areas.

4. Discussion

4.1. Influence of peer group supervision on occupational identity

The expression of occupational identity is not a constant variable. It changed significantly over the course of the study. The apprentices were increasingly successful in coming to terms with their professional role. The peer group supervision was able to moderate this development by the participants discussing professional situations, analysing and interpreting tasks and challenges as a peer group. Both approaches and concrete solutions were developed. The intrinsic structural characteristics of peer group supervision and the participants' own professional situations paved the way for this. The study identifies various topics and key issues of peer group supervision.

These are predominantly assigned to the domain of personal competence [10]. They reflect the specific interests and individual challenges of the apprentices and are based on intrinsic motivation in the sense of self-determination and the apprentices own experience of competence [32]. The specific topics and questions mentioned in this study are at least partially confirmed by other studies [19]. In principle, it seems desirable to promote the development of occupational identity, as it has a positive effect on the career development of individuals and leads, for example, to fewer intentions to resign [33]. In relation to the nursing profession, there is a medium correlation between long-term career retention and a positive occupational identity ($r=.37$; $p>.001$) [6]. Job satisfaction correlates with a medium effect size with the level of occupational identity ($r=.31$; $p=.002$) [11]. The correlation between occupational identity and overall job satisfaction is also high in other healthcare professions ($r=.64$; $p>.001$) [7]. It could therefore be relevant for individuals, institutions and society to strengthen occupational identity through peer group supervision in order to develop skills, promote job satisfaction and ensure long-term retention in the profession. The transferability of the results to other professional groups in the healthcare sector cannot be proven due to the methodological approach but seems likely.

4.2. Influence of collegial counselling on well-being

During their training, apprentices experience both stressful situations (e.g. a high learning workload) and stress-relieving situations (e.g. overcoming challenges) [34]. These can have a direct effect on well-being, e.g. raising the mood or the degree of relaxation. For example, 46.3% of apprentices experience examinations as demanding and stressful [35]. Various influencing factors, e.g. a long school block, have a strong impact on well-being, e.g. a good mood. Institutions and teachers should not ignore these periodic fluctuations or dismiss them as normal, as they can influence them by organising the training.

Based on the quantitative data, no significant changes in well-being can be demonstrated because of collegial counselling. The qualitative data indicate positive influences. Peer group supervision is a method for addressing the worsening of well-being at certain times, intercepting impending depressive moods, reducing stress and improving motivation. The reflective nature of the peer group supervision offers apprentices space to exchange ideas, experience solidarity and develop solutions. In this way, peer group supervision has a stabilising effect and contributes to individual psychological relief. The peer group is seen by the apprentices as a safe framework, like "[...] a small secret club [...]" (fg2, a12, 256) and serves as a network that catches particularly difficult situations, makes them visible and makes them workable – where other options reach their limits or fail. These aspects indicate that the well-being of the participants could be

positively influenced by peer group supervision, e.g. in terms of relaxation and tension. Whether these effects extend beyond the training programme or whether strong peer groups can form in other contexts remains unclear. The transfer to other healthcare professions has not yet been clarified but is being investigated in various approaches [36].

It is striking that the individual values for well-being tend to be stable. This means that individual apprentices feel bad over a longer period and run the risk of developing depression. Peer group supervision should not be seen as the sole means of providing relief. Other appropriate measures relating to the central themes and key issues should be taken. The hypothesis that peer counselling has a positive influence on well-being can be confirmed. This is evident in the qualitative analysis, but not in the quantitative data.

4.3. Limitation

The sample consists of a closed course. Its composition, e.g. in terms of group size or gender distribution, could not be changed. At 25 people, the sample is small and not representative. The study relates to the second and beginning of the third year of training, which are often characterised by low motivation [37]. This could have had an impact on the participation and perception of peer counselling. The underlying concept of identity and competence, the instruments used, the training carried out and the supervision of the counselling sessions are shaped by the dispositions of the researcher. The extent to which the data is influenced by this cannot be assessed from a subjective perspective.

5. Conclusions

The study can prove that peer group supervision as part of nursing training has a positive influence on the development of occupational identity, competence and mental well-being. The apprentices consider implementation in the training programme to be sensible and desirable. They associate it with the development of approaches and solutions to professional challenges and experience psychological relief. Familiarity within the peer group is cited as a crucial element. Both in-course and cross-training peer group supervision sessions are offered as an option. Apprentices learn to scrutinise things, think critically, reflect on situations, understand different contexts and support each other. The contribution to the development of professional identity and competences, particularly in the personal domain, becomes clear. The implementation of peer group supervision required in the training framework [22] is thus empirically supported. Implementation in the curricula of university education also seems sensible and possible, as peer group supervision is seen as part of the task and activity profile of academically qualified nurses [38]. Research desiderata arise, for example, in the transfer to other healthcare

professions at other times of training in vocational or academic programmes.

Authors' ORCIDs

- Stefan Wellensiek: [0009-0007-9172-9110]
- Jan Ehlers: [0000-0001-6306-4173]
- Michaela Stratmann: [0000-0002-7166-5160]

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001775>

1. Attachment_1.pdf (184 KB)
Distribution of measurement times
2. Attachment_2.pdf (250 KB)
Commitment questionnaire
3. Attachment_3.pdf (142 KB)
WHO-5 – Well-being Index
4. Attachment_4.pdf (196 KB)
Minutes of the group meetings

References

1. Mohr J, Riedlinger I, Reiber KE. Die berufspraktische Pflegeausbildung – Zur Entwicklung beruflicher Identität im Kontext des Fachkräftemangels. In: Weyland U, Reiber KE, editors. Professionalisierung der Gesundheitsberufe: Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung. Stuttgart: Franz Steiner; 2022. p.215-242.
2. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *Int Nurs Rev.* 2012;59(4):562-569. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x
3. Thole C. Berufliche Identitätsarbeit als Bildungsauftrag der Berufsschule. Am Beispiel der dualen Ausbildung im Einzelhandel. Bielefeld: wbv; 2021. DOI: 10.3278/6004730w
4. Heinrichs K, Wuttke E, Kögler K. Berufliche Identität, Identifikation und Beruflichkeit – Eine Verortung aus der Perspektive einer theoriegeleiteten empirischen Berufsbildungsforschung. Hamburg: bwp@ Profil 7; 2020. p.1-28. Zugänglich unter/available from: https://www.bwpat.de/profil7_minnameier/heinrichs_eta1_profil7.pdf
5. Skorikov VB, Vondracek FW. Occupational Identity. In: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL, editors. *Handbook of Identity Theory and Research.* New York: Springer; 2011. p.445-451. DOI:10.1007/978-1-4419-7988-9_29
6. Rauner F, Bachmann N. *Methodenhandbuch: Messen und Entwickeln beruflicher Kompetenzen (COMET).* Bielefeld: wbv; 2017. DOI: 10.3278/6004578w
7. Berg C. Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität, Commitment und Arbeitszufriedenheit. *Z Arbeitswiss.* 2017;71:169-178. DOI: 10.1007/s41449-017-0066-7

8. Sica LS, Di Palma T, Fusco L, Aleni Sestito L, Ragozini G. Creativity and vocational identity in late adolescence. A study using the person-centred approach. *Int J Educ Vocat Guid.* 2022;23:363-380. DOI: 10.1007/s10775-022-09521-7
9. Heinemann L, Rauner F. Identität und Engagement: Konstruktion eines Instruments zur Beschreibung der Entwicklung beruflichen Engagements und beruflicher Identität: A+B Forschungsberichte Nr. 1/2008. Bremen, Heidelberg, Karlsruhe: A+B Forschungsnetzwerk; 2008. Zugänglich unter/available from: https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/AB_01_01.pdf
10. Erpenbeck J, Rosenstiel L, Grote S, Sauter W. Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 2017. DOI:10.34156/9783791035123
11. Lipp I, Hahn S. Die Motivation älterer Pflegefachpersonen, im Pflegeberuf zu verbleiben: eine Querschnittstudie. *HeilberufeSCIENCE.* 2024;15:2190-2100. DOI: 10.1007/s16024-024-00411-2
12. Kocks A, Segmüller T, Zegelin A. Kollegiale Beratung in der Pflege: Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften e.V.; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf>
13. Tietze KO. Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. DOI: 10.1007/978-3-531-92155-6
14. Lippmann ED. Intervention: Kollegiales Coaching professionell gestalten. 3rd ed. Berlin: Springer; 2013. DOI: 10.1007/978-3-642-30060-8
15. Tietze KO. Kollegiale Beratung – einfach aus der Ferne, komplex aus der Nähe. Organisationsberatung Supervision Coaching. 2019;26:439-454. DOI: 10.1007/s11613-019-00622-x
16. Tietze KO. Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln. 10th ed. Reinbek: Rowohlt; 2020.
17. Bundesärztekammer. Leitfaden Ärztliches Peer Review. Berlin: Bundesärztekammer; 2014. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf
18. Kocks A, Segmüller T. Kollegiale Beratung im Pflgeteam. Berlin: Springer; 2019. DOI: 10.1007/978-3-662-57789-9
19. Seitz S, Brendebach C. Kollegiale Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. PADUA. 2022;17:31-36. DOI: 10.1024/1861-6186/a000658
20. Roddewig M. Kollegiale Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflege: Auswirkungen auf das emotionale Befinden von Auszubildenden. Frankfurt a.M.: Mabuse; 2014.
21. Stober S, Wellensiek S. Kollegiale Beratung bei moralischem Stress und arbeitsbedingten Belastungen. *JuKiP.* 2023;12(04):149-154. DOI: 10.1055/a-2086-2993
22. Bundesministerium für Gesundheit, Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG: Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2023. Zugänglich unter/available from: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/AB26_Rahmenausbildungsplaene_aktualisiert_11-2023.pdf
23. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13(2):92-98. DOI: 10.1258/jhsrp.2007.007074
24. Rauner F, Frenzel J, Piening D, Bachmann N. Engagement und Ausbildungsorganisation: Einstellung sächsischer Auszubildender zu ihrem Beruf und ihrer Ausbildung. Bremen: Universität Bremen; 2016. Zugänglich unter/available from: https://comet-vet.com/files/upload/documents/publications/Commitment_Sachsen_Abschlussbericht_final.pdf
25. Psychiatric Research Unit at the Mental Health Centre North Zealand. WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden. Frederiksberg: General Hospital; 1998. Zugänglich unter/available from: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WH05_German.pdf
26. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015;84(3):167-176. DOI: 10.1159/000376585
27. Brähler E, Mühlen H, Albani C, Schmidt S. Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica.* 2007;53:83-96. DOI: 10.1026/0012-1924.53.2.83
28. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ.* 2003;326(7382):200-201. DOI: 10.1136/bmj.326.7382.200
29. Krieger T, Zimmermann J, Huffziger S, Ubl B, Diener C, Kuehner C, Grosse Holtforth M. Measuring depression with a well-being index: further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression. *J Affect Disord.* 2014;156:240-244. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.015
30. Kemper CJ, Brähler E, Zenger M, Abele-Brehm AE. Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014.
31. Wellensiek S, Ehlers JP, Zupanic M. Designing Categories for a Mixed-Method Research on Competence Development and Professional Identity through Collegial Advice in Nursing Education in Germany. *Healthcare.* 2022;10(12):2517-2433. DOI: 10.3390/healthcare10122517
32. Rheinberg F. Intrinsische Motivation und Flow-Erleben. In: Heckhausen J, Heckhausen H, editors. *Motivation und Handeln.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010. p.365-378. DOI: 10.1007/978-3-642-12693-2_14
33. Raeder S. Beschäftigungsbeziehung und berufliche Identität. In: Rauner F, Grollmann P, editors. *Handbuch Berufsbildungsforschung.* 3rd ed. Bielefeld: wbv; 2018. p.445-451.
34. Pall S. Glückliche Pflege: Glück in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz; 2023.
35. Olden D, Großmann D, Dorin L, Meng M, Peters M, Reuschenbach B. Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender: Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung. *Pflege.* 2023;36:249-257. DOI: 10.1024/1012-5302/a000930
36. Angelstein S, Mühle U. Peer-Support: Stress und Traumata vorbeugen. *Im OP.* 2022;12(02):60-65. DOI: 10.1055/a-1650-4095
37. Grothe F. Gesundheit und Motivation in der Pflegeausbildung: Eine standardisierte schriftliche Befragung zu Beanspruchungsmustern von Auszubildenden in Pflegeberufen. Baden-Baden: Tectum Verlag; 2021. DOI: 10.5771/9783828876590
38. Darmann-Finck I, Hülsmann L. Kompetenzziele von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen und intendierte Aufgabenprofile [Competency-based learning objectives of primary qualifying nursing studies and intended task profiles]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2024;184:80-89. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.10.006

Corresponding author:

Stefan Wellensiek
Bildung & Beratung Bethel, Nazarethweg 7,
D-33617 Bielefeld, Germany,
Phone: +49 (0)176/64188970
stefan.wellensiek@hotmail.com

Please cite as

Wellensiek S, Ehlers J, Stratmann M. The influence of peer group supervision during nursing education on occupational identity and well-being: Results of a mixed methods study. *GMS J Med Educ.* 2025;42(4):Doc51.
DOI: 10.3205/zma001775, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017755

This article is freely available from
<https://doi.org/10.3205/zma001775>

Received: 2025-01-27
Revised: 2025-05-21
Accepted: 2025-06-05
Published: 2025-09-15

Copyright

©2025 Wellensiek et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Der Einfluss kollegialer Beratung während der Pflegeausbildung auf die berufliche Identität und das Wohlbefinden: Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Entwicklung der beruflichen Identität ist ein offener und dynamischer Prozess und stellt ein Element der Kompetenzentwicklung dar. Maßnahmen, um diese Entwicklung zu begleiten, sind die Reflexion berufstypischer Situationen, individueller Herausforderungen und der Berufsrolle. Peer-Beratung im Format der kollegialen Beratung erscheint geeignet, die notwendigen Reflexionsgelegenheiten zu schaffen.

Fragestellung: Die Studie geht den Fragen nach, welchen Einfluss kollegiale Beratung auf die Entwicklung der beruflichen Identität hat und ob kollegiale Beratung das psychische Wohlbefinden beeinflusst.

Methoden: Eine Gruppe von Auszubildenden (n=25) der dreijährigen Pflegeausbildung wurde in kollegialer Beratung geschult und führte diese über ein Jahr regelmäßig durch. In einem Mixed-Methods-Ansatz wurden der Commitment-Fragebogen des COMET-Instruments, der WHO-5 Wohlbefindens-Index, Verlaufsprotokolle und Fokusgruppeninterviews eingesetzt, um Effekte und Einflüsse kollegialer Beratung auf die berufliche Identität und das Wohlbefinden im Längsschnitt zu bestimmen.

Ergebnisse: Kollegiale Beratung hat einen moderierenden Einfluss auf die Entwicklung beruflicher Identität und trägt zur Kompetenzentwicklung bei. Das psychische Wohlbefinden kann durch kollegiale Beratung verbessert werden.

Schlussfolgerung: Kollegiale Beratung sollte strukturiert gelernt und kontinuierlich im Verlauf der Ausbildung angewendet werden.

Schlüsselwörter: kollegiale Beratung, Peer-Beratung, Mixed-Methods, COMET, Wohlbefinden, personale Kompetenz

Stefan Wellensiek¹

Jan Ehlers²

Michaela Stratmann²

1 Bildung & Beratung Bethel, Bielefeld, Deutschland

2 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Witten, Deutschland

1. Einleitung

Die Entwicklung der beruflichen Identität ist ein dynamischer und offener Prozess [1]. Ihre Ausprägung verändert sich im Lauf der beruflichen Sozialisation [2]. Ein einheitliches Verständnis von beruflicher Identität liegt bislang nicht vor [3]. Allerdings lassen sich zwei Schwerpunkte im Begriffsverständnis ausmachen. Einerseits geht es um eine personale Perspektive in Form reflexiver Selbstverortungen im Rahmen des Berufes. Andererseits um eine soziale Perspektive, die die Zugehörigkeit zu einer Gruppe hervorhebt [4]. Die personale Perspektive wird eher mit occupational Identity, die soziale eher mit professional Identity übersetzt [5]. Im Rahmen dieser Arbeit wird berufliche Identität dem personalen Rahmen zugeordnet und definiert sich als Übernahme der Berufsrolle zur Bewältigung berufstypischer Situationen [6]. Merkmale beruflicher Identität sind der Grad der Verbundenheit, das Interesse und der Stolz auf den Beruf sowie der Wunsch,

auch in Zukunft in dem Beruf arbeiten zu wollen [7]. Zur Entwicklung der beruflichen Identität ist die Auseinandersetzung mit der Berufsrolle bedeutsam [6]. Reflexive Prozesse können die Entwicklung fördern und stärken [8]. In dem so gelagerten Verständnis hängt die berufliche Identität eng mit der Kompetenzentwicklung zusammen [6]. Die Entwicklung der Kompetenz und der beruflichen Identität wird als gleichlaufender Prozess betrachtet, in dem die beiden Konstrukte aufeinander bezogen sind [9]. Dieser Bezug wird im dispositionalen Kompetenzverständnis deutlich, welches die Elemente Disposition, Performanz und Reflexion in den Mittelpunkt stellt [10]. Übertragen auf den Pflegeberuf müssen Pflegekräfte Dispositionen und Performanz reflektieren, z. B. das Wissen über die an sie gestellten Erwartungen oder Verfahren und Prozesse in der professionellen Pflege, um eine berufliche Identität und Kompetenz zu entwickeln. Eine gefestigte berufliche Identität und damit auch eine hoch ausgeprägte Kompetenz hat positive Effekte auf die Berufszufriedenheit und den langfristigen Verbleib [11].

Eine pragmatische und kostengünstige Möglichkeit zur Reflexion bietet die Peer-Beratung. Für das Berufsfeld Pflege wird das Format der kollegialen Beratung vorgeschlagen [12]. Dabei werden berufsbezogene Fälle der Teilnehmenden in einer Peergroup systematisch und ergebnisorientiert wechselseitig reflektiert [13]. Zur Unterstützung der Reflexion wird eine Schlüsselfrage formuliert, welche mittels einer Beratungsmethode bearbeitet wird [14]. Im Mittelpunkt steht ein selbst erlebter, mitunter heikler Ausschnitt aus der eigenen Berufspraxis [15]. Ziel der kollegialen Beratung ist es, gemeinsam eine Lösung oder Lösungsansätze für berufliche Schlüsselfragen und individuelle Herausforderungen zu entwickeln [16]. Im Gegensatz zum ärztlichen Peer-Review [17] ist kollegiale Beratung kein Evaluationsverfahren der Qualitätssicherung, sondern nimmt individuelle Bedürfnisse der Beteiligten auf.

Kollegiale Beratung unterstützt bei der Bewältigung von beruflichen Herausforderungen, Problemen oder Aufgaben [18]. Neue Perspektiven werden erschlossen und Lösungen für Probleme generiert. Kollegiale Beratung hilft, Anregungen für die Bearbeitung berufspraktischer Probleme zu erhalten und den Umgang mit ausbildungsbezogenen Belastungen zu gestalten [19]. Ergänzend dazu hat kollegiale Beratung positive Effekte auf das somatische Wohlbefinden von Auszubildenden in der Pflege [20] und reduziert moralischen Stress [21]. Kollegiale Beratung könnte somit positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden, bezogen auf berufliche Belastungen, haben.

Da das Format der kollegialen Beratung Elemente der beruflichen Identität [9] in den Mittelpunkt stellt und positive Effekte auf das Wohlbefinden zu vermuten sind, wird folgende Hypothese zugrunde gelegt: Kollegiale Beratung hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der beruflichen Identität und wirkt sich positiv auf das psychische Wohlbefinden während der Ausbildung aus. Der Einsatz von kollegialer Beratung ist durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe legitimiert. Einfordern, Anwenden und Nutzen kollegialer Beratung sind als zu erreichende Kompetenzen in den Anlagen I und II festgeschrieben. Die Rahmenlehrpläne identifizieren kollegiale Beratung als Reflexionselement und schlagen eine aktive und regelmäßige Teilnahme der Auszubildenden an entsprechenden Angeboten vor [22]. Daher werden in dieser Studie Auszubildende des Pflegeberufes als Stichprobe gewählt.

Der Studie geht folgenden Leitfragen nach:

- Welchen Einfluss hat kollegiale Beratung auf die Entwicklung der beruflichen Identität und der damit verbundenen Kompetenz bei Auszubildenden des Pflegeberufes?
- Welchen Einfluss hat kollegiale Beratung auf das psychische Wohlbefinden der Auszubildenden?

2. Methodik

Die Berichterstattung folgt der Guideline für „Good Reporting of A Mixed Methods Study (GRAMMS)“ [23].

2.1. Studiendesign

Die Studie ist eine Längsschnittstudie im Mixed-Methods-Design mit quantitativen und qualitativen Instrumenten. Die quantitativen Daten wurden in SPSS 29.0, die qualitativen Daten in MAXQDA 2018.2 erfasst, aufbereitet und analysiert. Als Kohorte wurden Auszubildende eines Kurses der dreijährigen Pflegeausbildung gewählt. Sie wurden in kollegialer Beratung geschult und führten anschließend sieben kollegiale Beratungen durch (siehe Abbildung 1). Die konkrete Verteilung der Messzeitpunkte ist im Anhang 1 abgebildet.

2.2. Stichprobe

Bei der Stichprobe handelt es sich um einen Kurs der Gesundheits- und Krankenpflege in NRW mit $n=25$ Personen (23 w/2 m) im Alter zwischen 19 und 25 Jahren. Diese hatten zu Beginn der Untersuchung (t_0) 16 Monate der Ausbildung absolviert. Die abschließende Erhebung (t_8) lag am Anfang des dritten Ausbildungsdrittels. Die Stichprobe ist relativ homogen: Das Interesse bzw. die Unterstützung der Eltern in Bezug auf die Ausbildung sind hoch (92% bzw. 88% Zustimmung) und die Ausbildung entspricht dem Berufswunsch (84% Zustimmung). Unterschiede gibt es beim Schulabschluss (acht Realschule, sieben Fachhochschule, neun Abitur). Zwölf Personen haben Familienangehörige im Beruf, zwölf Personen nicht. Eine Person machte keine Angaben. Vor Beginn der Studie bestand keine Beziehung zwischen dem Forscher und den Auszubildenden.

2.3. Datenerhebung

2.3.1. Commitment-Fragebogen des COMET Instrumentes

Zur Abbildung der beruflichen Identität wurde der Commitment-Fragebogen des COMET Instrumentes [24] zwei Mal (t_0 und t_8) verwendet. Das Instrument enthält fünf Subskalen (berufliche Identität, betriebliche Identität, berufliches Engagement, betriebliches Engagement, Arbeitsmoral) mit je sechs Items. Dazu kommen acht Fragen zu Berufswahlmotiven (siehe Anhang 2). Die Subskala berufliche Identität hebt auf diejenigen kognitiven und emotionalen Dispositionen ab, die mit einer Entwicklung von der Novizin zur Expertin/vom Novizen zum Experten korrespondieren und zu beruflicher Handlungsfähigkeit führen [9]. Sie konkretisiert sich z. B. in den Items Stolz und Interesse am Beruf. Zur Einordnung der Ausprägung der Mittelwerte der Subskalen sind Schwellenwerte (low, medium, high) vorgegeben [4] (siehe Tabelle 1).

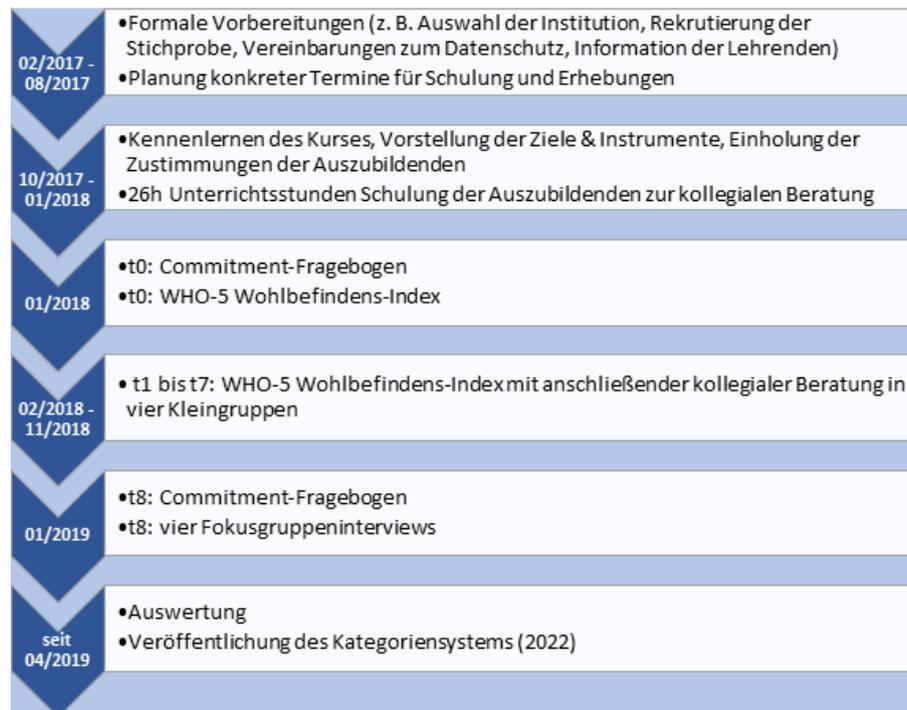


Abbildung 1: Überblick über den organisatorischen Verlauf und den Einsatz der Instrumente

Tabelle 1: Übersicht über die Schwellenwerte für die Mittelwerte der Subskalen [4]

Subskala	Ausprägung Low	Ausprägung Medium	Ausprägung High
Berufliche Identität	Mw von 0-16	Mw von 16,1-19	Mw von 19,1-24
Betriebliche Identität	Mw von 0-12	Mw von 12,1-17	Mw von 17,1-24
Berufliches Engagement	Mw von 0-14	Mw von 14,1-19	Mw von 19,1-24
Betriebliches Engagement	Mw von 0-14,4	Mw von 14,5-17	Mw von 17,1-24
Arbeitsmoral	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben

Der Fragebogen hat eine hohe interne Konsistenz. Die jeweiligen Subskalen erreichen ein Cronbachs Alpha zwischen ,71 und ,90 [6].

2.3.2. WHO-5 Wohlbefindens-Index

Zur Abbildung des psychischen Wohlbefindens wird der WHO-5 Wohlbefindens-Index in der deutschen Übersetzung [25] verwendet (siehe Anhang 3). Das Instrument wurde insgesamt acht Mal (t0 bis t7) jeweils vor Beginn der kollegialen Beratung eingesetzt. Mit dem Selbstbeurteilungsverfahren wird das subjektive psychische Wohlbefinden einer Person bezogen auf die letzten 14 Tage gemessen [26]. Items sind z. B. die Ausprägung der Laune und der Grad der Entspannung. Die Bewertung der Items steht oft mit dem beruflichen Erleben im Zusammenhang. So kann z. B. fortwährender Streit mit Vorgesetzten die Laune oder das Interesse an der Arbeit beeinflussen. Das Wohlbefinden wird durch einen Summenwert dargestellt, der Werte zwischen 0 und 25 annehmen kann. Ein Indexwert von ≤ 13 weist auf ein geringes Wohlbefinden hin und ist eine Indikation für die spezifische Diagnose einer Depression im Sinne der ICD-10 [27]. Die Sensitivität der Skala zur Erkennung einer De-

pression hat einen Durchschnittswert von 93% und eine durchschnittliche Spezifität von 64% [28]. Cronbachs Alpha beträgt zwischen ,82 und ,95 [29]. Die Einflüsse zentraler soziodemographischer Faktoren wie Altersgruppe, Geschlecht oder Wohnort auf die Reliabilität der Skala sind dabei gering [30].

2.3.3. Protokolle und Fokusgruppeninterviews

Jedes Beratungstreffen von t1 bis t7 wurde von den Teilnehmenden in einem standardisierten Formular protokolliert (siehe Anhang 4). Zum Abschluss der Untersuchung (t8) wurden drei leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit je sechs und eines mit sieben Teilnehmenden durchgeführt, um weitere Einflüsse auf die Entwicklung der beruflichen Identität und individuelle Einstellungen zur kollegialen Beratung aufdecken zu können. Die Zusammensetzung in den Interviews entsprach den kollegialen Beratungsgruppen. Die Interviews wurden transkribiert und codiert. Hierfür stand ein Kategoriensystem zur Verfügung, welches in seiner Genese beschrieben ist und sich durch eine hohe Intercoderübereinstimmung auszeichnet [31].

Tabelle 2: Überblick der deskriptiven Statistiken der Subskalen und Veränderung der Ausprägungen

Subskala	t	n	Minimum	Maximum	Spannweite	Mittelwert	Standardabweichung	Ausprägung
Berufliche Identität	t0	25	11	20	9	13,84	2,52	Low
	t8	25	9	22	13	16,60	3,78	Medium
Betriebliche Identität	t0	25	7	19	12	13,00	4,49	Medium
	t8	25	5	19	14	12,00	5,19	Low
Berufliches Engagement	t0	25	12	24	12	19,08	3,29	Medium
	t8	25	12	24	12	18,28	3,20	Medium
Betriebliches Engagement	t0	25	8	19	11	13,20	2,50	Low
	t8	25	5	19	14	13,00	3,32	Low
Arbeitsmoral	t0	25	11	19	8	13,40	1,89	Keine Angabe
	t8	25	9	16	7	12,80	2,23	Keine Angabe

2.4. Ethische Aspekte

Das Forschungsvorhaben wurde von der zuständigen Ethik-Kommission der Universität Witten Herdecke genehmigt (Nr. 122/2017). Der informed consent mit den Studienteilnehmenden wurde durch die mündliche und schriftliche Bereitstellung aller relevanten Informationen und deren anschließender schriftlicher Bestätigung sichergestellt.

3. Ergebnisse

3.1. Berufliche Identität

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Ausprägungen aller Subskalen zu den Messzeitpunkten t0 und t8 sowie eine Einordnung in die Ausprägung der Schwellenwerte.

Der Mittelwert der beruflichen Identität steigt im Verlauf der Untersuchung von $Mw=13,84$ (t0) auf $Mw=16,60$ (t8). Er verändert sich damit in seiner Ausprägung von low auf medium. Dieser Anstieg ist hoch signifikant ($Z=-3,309$, $p<,001$). Weitere signifikante Veränderungen konnten nicht nachgewiesen werden. Jedoch änderte sich die Einstufung zu den Schwellenwerten. Die Ausprägung der betrieblichen Identität sank von medium auf low, allen anderen blieben gleich.

Die Auswertung der Fokusgruppeninterviews [FG] verdeutlicht die Entwicklung der beruflichen Identität. Die Auszubildenden wachsen in die Berufsrolle hinein, indem sie konkrete, oft belastende Situationen benennen und reflektieren. In der Kategorie 4.1.1 „Konkrete Themen und Fragen“ [31] wurden 69 Situationen erfasst. Davon waren 53 Gegenstand der Beratung und wurden zu Schlüsselfragen formuliert. Die Schlüsselfragen umfassen organisatorische Aspekte (z. B. Einspringen am Wochenende), Beziehungsaspekte (z. B. Umgang mit Konflikten im Team), Kompetenzentwicklung (z. B. Probleme mit ausbleibenden Lernerfolgen), ethische Aspekte (z. B. der Umgang mit eigenen Pflegefehlern) und sexuelle Belästigung. Im zeitlichen Verlauf der kollegialen Beratung gelingt es den Auszubildenden [A] zunehmend besser Situa-

tionen zu schildern, Schlüsselfragen zu konkretisieren und ihre Gedanken dazu zu äußern. „Und ich finde umso häufiger man sich getroffen hat, desto einfacher ist es einem auch gefallen über diese Probleme zu sprechen.“ (FG3, A4, 19) Die Auszubildenden bewerten die Möglichkeit über erlebte berufliche Situationen zu sprechen positiv, da sich diese in ähnlicher Form wiederholen. „Ich finde, in der Gruppe fühlt man sich schon mehr verstanden. Auch dadurch, dass die anderen auch diese Probleme haben.“ (FG2, A15, 388) Die Solidarität mit der Beratungsgruppe und den anderen Auszubildenden wird thematisiert. So sind sich die Befragten einig, dass kollegiale Beratung so früh wie möglich eingeführt werden sollte. „Ich hätte mir kollegiale Beratung am Anfang gewünscht und ich finde, gerade da ist es hilfreich, wenn man so absolut gar keine Ahnung hat [...] und vor vielen Problemen steht.“ (FG1, A17, 292). Mehrere Teilnehmende schlagen eine ausbildungsstandübergreifende kollegiale Beratung vor, in der Anfänger*innen von Fortgeschrittenen profitieren können (FG3, A4, 278). „So könnte man sich untereinander gut helfen.“ (FG3, A3, 24) Darüber hinaus sollte sich die kollegiale Beratung „[...] vom Anfang der Ausbildung bis zum Ende [...]“ (FG3, A5, 177) erstrecken. Die Punkte verdeutlichen die Auseinandersetzung mit der Berufsrolle und die damit verbundene moderierende Wirkung der kollegialen Beratung auf die Entwicklung der beruflichen Identität und Kompetenz.

3.2. Wohlbefinden

Die Ergebnisse zum WHO-5 Wohlbefindens-Index werden für jeden der acht Messzeitpunkte (t0 bis t7) mit Werten oberhalb (>13) und unterhalb (≤ 13) des Cut-off-Scores dargestellt (siehe Abbildung 2).

Zu jedem Zeitpunkt liegen einige Personen unter dem Cut-off-Wert. Dies tritt gehäuft zu den Zeitpunkten t3 und t5 auf (jeweils 48%). Im längsschnittlichen Vergleich der Messzeitpunkte (Wilcoxon-Test) bleiben die zentralen Tendenzen der Verteilung für die einzelnen Personen zumeist gleich - das Wohlbefinden bleibt relativ stabil. Es gibt zwei Ausnahmen: Von t1 zu t3 gibt es eine signifikante Verschlechterung des Wohlbefindens ($Z=-2,236$, $p=,025$). Zu beachten ist, dass aufgrund fehlender Teil-

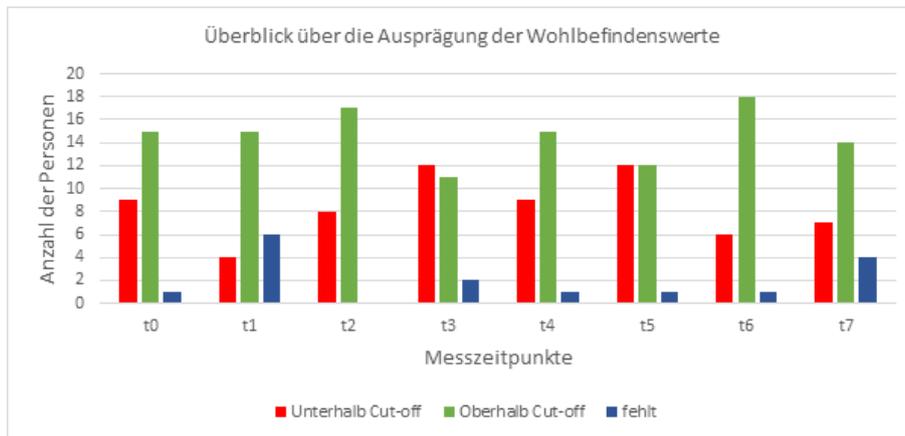


Abbildung 2: Überblick über die Ausprägung der Wohlbefindenswerte

nehmenden zum Zeitpunkt t1 nur 18 Personen betrachtet werden. Im Einzelnen gibt es zwischen den beiden Zeitpunkten fünf Verschlechterungen, keine Verbesserungen und 13 gleichbleibende Summenwerte. Von t3 zu t6 gibt es eine mittlere signifikante Verbesserung des Wohlbefindens ($Z=-2,121$, $p=,034$). In diesem Zeitraum gibt es eine Verschlechterung, sieben Verbesserungen und 14 gleichbleibende Summenwerte.

In den Fokusgruppeninterviews wurden die Auszubildenden mit den Mittelwerten des Wohlbefindens der eigenen Gruppe zu den jeweiligen Zeitpunkten konfrontiert und um Erklärungen bezüglich der Veränderungen und der Einflussfaktoren gebeten. Die Erklärungsansätze sind in der Kategorie 2.3.1 „Erklärung der Wohlbefindenswerte“ [31] zusammengefasst. Als belastende Einflüsse werden z. B. eine allgemeine Unzufriedenheit in der Klasse, ein sogenanntes Mittelkurstief, ein langer Schulblock, die Zeit kurz vor dem Urlaub, eine anstehende Zwischenprüfung, ein vorangegangener negativer Praxiseinsatz, große Hitze im Unterrichtsraum sowie Probleme mit einer Lehrkraft genannt. Als entlastende Faktoren wurden z. B. ein gut verlaufener Praxiseinsatz und der Zeitpunkt kurz nach dem Urlaub genannt. Weiter wurde gefragt, ob die kollegiale Beratung bei der Bewältigung der genannten Situationen geholfen hat. Diese Eindrücke sind in der Kategorie 4.3 „Gesamteindruck“ zusammengefasst [31]. Die Auszubildenden beschreiben die kollegiale Beratung als einen Ort, an dem sie ruhig und offen sprechen könnten (FG1, A23, 304) und im Laufe der Zeit immer mutiger würden (FG2, A14, 156). Sie hätten eine positive Veränderung wahrgenommen (FG2, A14, 158), Probleme objektiver erkannt (FG2, A15, 404), Spaß gehabt (FG4, A10, 11) und Lösungsansätze entwickelt (FG3, A1, 183). Der Verlauf wurde von „[...] ganz schrecklich [...]“ und „[...] gewöhnungsbedürftig [...]“ (FG4, A9, 14) beim Einstieg bis zu „[...] wirklich gut und hilfreich [...]“ (FG2, A12, 356) am Ende bewertet. Die gegenseitige Unterstützung, der Respekt, das Ernstnehmen und die Harmonie in der Gruppe werden mehrfach betont. Eine Auszubildende bringt es auf den Punkt: „[Die Gruppe] war wie so ein kleiner geheimer Club, dem man angehört.“ (FG2, A12, 256). Kollegiale Beratung hat in diesen Belangen zum psychischen Wohlbefinden beigetragen.

4. Diskussion

4.1. Einfluss kollegialer Beratung auf die berufliche Identität

Die Ausprägung der beruflichen Identität ist keine konstante Größe. Sie hat sich im Verlauf der Studie signifikant verändert. Es gelang den Auszubildenden zunehmend besser, sich mit ihrer beruflichen Rolle auseinander zu setzen. Die kollegiale Beratung konnte diese Entwicklung moderieren, indem die Teilnehmenden berufliche Situationen thematisierten, Aufgaben und Herausforderungen als Peergroup analysierten und interpretierten. Es entstanden sowohl Lösungsansätze als auch konkrete Lösungen. Die immanenten strukturellen Merkmale der kollegialen Beratung und die Bearbeitung eigener beruflicher Situationen bereiteten dafür den Weg. Die Studie identifiziert verschiedene Themen und Schlüsselfragen der kollegialen Beratung. Diese sind überwiegend der Domäne der personalen Kompetenz [10] zuzuordnen. Sie spiegeln das konkrete Interesse und die individuellen Herausforderungen der Auszubildenden wider und basieren auf einer intrinsischen Motivation im Sinne der Selbstbestimmung und des eigenen Kompetenzerlebens [32]. Die in der vorliegenden Studie genannten konkreten Themen und Fragen werden zumindest teilweise durch andere Untersuchungen bestätigt [19]. Grundsätzlich erscheint es erstrebenswert, die Entwicklung der beruflichen Identität zu fördern, da sie sich auf die Karriereentwicklung der Individuen positiv auswirkt und beispielsweise zu geringeren Kündigungsabsichten führt [33]. Bezogen auf den Pflegeberuf besteht eine mittlere Korrelation des langfristigen Berufsverbleibes mit einer positiv ausgeprägten beruflichen Identität ($r=,37$; $p>,001$) [6]. Die Arbeitszufriedenheit korreliert mit einer mittleren Effektstärke mit der Ausprägung der beruflichen Identität ($r=,31$; $p=,002$) [11]. Der Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und der Gesamtarbeitszufriedenheit ist auch in anderen Berufsgruppen hoch ($r=,64$; $p>,001$) [7]. Somit könnte es für Individuen, Institutionen und die Gesellschaft relevant sein, die berufliche Identität durch kollegiale Beratung zu stärken, um die Kompetenzen zu entwickeln, Ar-

beitszufriedenheit zu fördern und einen längerfristigen Verbleib im Beruf zu sichern. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist bedingt durch den methodischen Ansatz nicht nachweisbar, scheint aber wahrscheinlich.

4.2. Einfluss kollegialer Beratung das Wohlbefinden

Auszubildende erleben im Laufe ihrer Ausbildung sowohl Belastungssituationen (z. B. hohes Lernpensum) als auch Entlastungssituationen (z. B. bewältigte Herausforderungen) [34]. Diese können direkt auf das Wohlbefinden einwirken, z. B. Anhebung der Laune oder des Grades der Entspannung. So erleben z. B. 46,3% der Auszubildenden Prüfungen als hohe und anstrengende Anforderung [35]. Verschiedene Einflussfaktoren, z. B. ein langer Schulblock, haben einen starken Einfluss auf das Wohlbefinden, z. B. der guten Laune. Institutionen und Lehrende sollten diese periodischen Schwankungen nicht ignorieren oder als normal abtun, da sie durch die Gestaltung der Ausbildung Einfluss darauf nehmen können.

Auf Basis der quantitativen Daten lassen sich keine signifikanten Veränderungen des Wohlbefindens durch die kollegiale Beratung nachweisen. Die qualitativen Daten geben Hinweise auf positive Einflüsse. Kollegiale Beratung ist eine Methode, um die Verschlechterung des Wohlbefindens zu bestimmten Zeiten zu thematisieren, drohende depressive Verstimmungen aufzufangen, Stress abzubauen und die Motivation zu verbessern. Der reflexive Charakter bietet den Auszubildenden Raum, sich auszutauschen, Solidarität zu erfahren und Lösungsansätze zu entwickeln. Dadurch wirkt die kollegiale Beratung stabilisierend und trägt zur individuellen psychischen Entlastung bei. Die Peergroup wird von den Auszubildenden als sicherer Rahmen, wie „[...] ein kleiner geheimer Club [...]“ (FG2, A12, 256) wahrgenommen und dient als Netzwerk, das besonders schwierige Situationen auffängt, sichtbar und bearbeitbar macht – und zwar dort, wo andere Möglichkeiten an ihre Grenzen kommen oder versagen. Diese genannten Aspekte deuten darauf hin, dass das Wohlbefinden der Teilnehmenden durch die kollegiale Beratung positiv beeinflusst werden konnte, z. B. in Bezug auf die Entspannung und Anspannung. Ob diese Effekte über die Ausbildung hinaus reichen oder ob sich starke Peergroups in anderen Zusammenhängen bilden können, bleibt unklar. Der Übertrag auf andere Gesundheitsberufe ist noch nicht geklärt, wird aber in verschiedenen Ansätzen untersucht [36].

Auffällig erscheint, dass die individuellen Werte zum Wohlbefinden in der Tendenz stabil sind. Das bedeutet, dass sich einzelne Auszubildende über einen längeren Zeitraum schlecht fühlen und Gefahr laufen, eine Depression zu entwickeln. Kollegiale Beratung darf nicht als alleiniges Mittel zur Entlastung gesehen werden. Weitere geeignete Maßnahmen mit Bezug auf die zentralen Themen und Schlüsselfragen sollten ergriffen werden. Die Hypothese, dass kollegiale Beratung einen positiven

Einfluss auf das Wohlbefinden hat, kann bestätigt werden. Dies zeigt sich in der qualitativen Auswertung, nicht jedoch in den quantitativen Daten.

4.3. Limitation

Die Stichprobe besteht aus einem geschlossenen Kurs. Dessen Zusammensetzung, z. B. in Gruppengröße oder Verteilung der Geschlechter, konnte nicht verändert werden. Die Stichprobe ist mit 25 Personen klein und nicht repräsentativ. Die Untersuchung bezieht sich auf das zweite und den Beginn des dritten Ausbildungsdrittels, die oftmals durch eine geringe Motivation gekennzeichnet sind [37]. Dies könnte Auswirkungen auf die Teilnahme und Wahrnehmung der kollegialen Beratung gehabt haben. Der zugrunde gelegte Identitäts- und Kompetenzbegriff, die eingesetzten Instrumente, die durchgeführte Schulung und die Begleitung der Beratungen sind von den Dispositionen des Forschers geprägt. Inwieweit die Daten dadurch beeinflusst werden, kann aus subjektiver Sicht nicht eingeschätzt werden.

5. Schlussfolgerungen

Die Studie kann belegen, dass kollegiale Beratung im Rahmen der Pflegeausbildung positiven Einfluss auf die Entwicklung der beruflichen Identität, der Kompetenz und des psychischen Wohlbefindens hat. Die Auszubildenden halten eine Implementierung in die Ausbildung für sinnvoll und wünschenswert. Sie verbinden damit die Erarbeitung von Lösungsansätzen und Lösungen für berufliche Herausforderungen und erfahren psychische Entlastung. Als entscheidendes Element wird die Vertrautheit in der Peergroup genannt. Es werden sowohl kursinterne als auch ausbildungsstandübergreifende Beratungen als Möglichkeit eingeräumt. Die Auszubildenden lernen, Dinge zu hinterfragen, kritisch zu denken, Situationen zu reflektieren, unterschiedliche Kontexte zu verstehen und sich gegenseitig zu unterstützen. Der Beitrag zur Entwicklung beruflicher Identität und Kompetenzen, insbesondere in der personalen Domäne, wird deutlich. Die in den Rahmenplänen der Ausbildung [22] geforderte Umsetzung der kollegialen Beratung findet damit eine empirische Unterstützung. Auch für primärqualifizierende Studiengänge erscheint eine Implementierung in die Curricula sinnvoll und möglich, da kollegiale Beratung als Teil des Aufgaben- und Tätigkeitsprofils akademisch qualifizierter Pflegenden angesehen wird [38]. Forschungsdesiderata ergeben sich zum Beispiel in der Übertragung auf andere Gesundheitsberufe zu anderen Zeiten der Ausbildung in der beruflichen oder akademischen Ausbildung.

ORCID*s* der Autor*innen

- Stefan Wellensiek: [0009-0007-9172-9110]
- Jan Ehlers: [0000-0001-6306-4173]
- Michaela Stratmann: [0000-0002-7166-5160]

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001775>

1. Anhang_1.pdf (188 KB)
Verteilung der Messzeitpunkte
2. Anhang_2.pdf (255 KB)
Commitment-Fragebogen
3. Anhang_3.pdf (189 KB)
WHO-5 – Fragebogen zum Wohlbefinden
4. Anhang_4.pdf (218 KB)
Protokoll der Gruppentreffen

Literatur

1. Mohr J, Riedlinger I, Reiber KE. Die berufspraktische Pflegeausbildung – Zur Entwicklung beruflicher Identität im Kontext des Fachkräftemangels. In: Weyland U, Reiber KE, editors. Professionalisierung der Gesundheitsberufe: Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung. Stuttgart: Franz Steiner; 2022. p.215-242.
2. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *Int Nurs Rev.* 2012;59(4):562-569. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x
3. Thole C. Berufliche Identitätsarbeit als Bildungsauftrag der Berufsschule. Am Beispiel der dualen Ausbildung im Einzelhandel. Bielefeld: wbv; 2021. DOI: 10.3278/6004730w
4. Heinrichs K, Wuttke E, Kögler K. Berufliche Identität, Identifikation und Beruflichkeit – Eine Verortung aus der Perspektive einer theoriegeleiteten empirischen Berufsbildungsforschung. Hamburg: bwp@ Profil 7; 2020. p.1-28. Zugänglich unter/available from: https://www.bwpat.de/profil7_minnameier/heinrichs_etal_profil7.pdf
5. Skorikov VB, Vondracek FW. Occupational Identity. In: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL, editors. *Handbook of Identity Theory and Research.* New York: Springer; 2011. p.445-451. DOI:10.1007/978-1-4419-7988-9_29
6. Rauner F, Bachmann N. *Methodenhandbuch: Messen und Entwickeln beruflicher Kompetenzen (COMET).* Bielefeld: wbv; 2017. DOI: 10.3278/6004578w
7. Berg C. Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität, Commitment und Arbeitszufriedenheit. *Z Arbeitswiss.* 2017;71:169-178. DOI: 10.1007/s41449-017-0066-7
8. Sica LS, Di Palma T, Fusco L, Aleni Sestito L, Ragozini G. Creativity and vocational identity in late adolescence. A study using the person-centred approach. *Int J Educ Vocat Guid.* 2022;23:363-380. DOI: 10.1007/s10775-022-09521-7
9. Heinemann L, Rauner F. Identität und Engagement: Konstruktion eines Instruments zur Beschreibung der Entwicklung beruflichen Engagements und beruflicher Identität: A+B Forschungsberichte Nr. 1/2008. Bremen, Heidelberg, Karlsruhe: A+B Forschungsnetzwerk; 2008. Zugänglich unter/available from: https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/AB_01_01.pdf
10. Erpenbeck J, Rosenstiel L, Grote S, Sauter W. *Handbuch Kompetenzmessung.* Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 2017. DOI:10.34156/9783791035123
11. Lipp I, Hahn S. Die Motivation älterer Pflegefachpersonen, im Pflegeberuf zu verbleiben: eine Querschnittstudie. *HeilberufeSCIENCE.* 2024;15:2190-2100. DOI: 10.1007/s16024-024-00411-2
12. Kocks A, Segmüller T, Zegelin A. *Kollegiale Beratung in der Pflege: Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung.* Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften e.V.; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf>
13. Tietze KO. *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. DOI: 10.1007/978-3-531-92155-6
14. Lippmann ED. *Intervision: Kollegiales Coaching professionell gestalten.* 3rd ed. Berlin: Springer; 2013. DOI: 10.1007/978-3-642-30060-8
15. Tietze KO. *Kollegiale Beratung – einfach aus der Ferne, komplex aus der Nähe. Organisationsberatung Supervision Coaching.* 2019;26:439-454. DOI: 10.1007/s11613-019-00622-x
16. Tietze KO. *Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln.* 10th ed. Reinbek: Rowohlt; 2020.
17. Bundesärztekammer. *Leitfaden Ärztliches Peer Review.* Berlin: Bundesärztekammer; 2014. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf
18. Kocks A, Segmüller T. *Kollegiale Beratung im Pflegeteam.* Berlin: Springer; 2019. DOI: 10.1007/978-3-662-57789-9
19. Seitz S, Brendebach C. *Kollegiale Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.* PADUA. 2022;17:31-36. DOI: 10.1024/1861-6186/a000658
20. Roddewig M. *Kollegiale Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflege: Auswirkungen auf das emotionale Befinden von Auszubildenden.* Frankfurt a.M.: Mabuse; 2014.
21. Stober S, Wellensiek S. *Kollegiale Beratung bei moralischem Stress und arbeitsbedingten Belastungen.* *JuKiP.* 2023;12(04):149-154. DOI: 10.1055/a-2086-2993
22. Bundesministerium für Gesundheit, Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PfIBG: Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung.* Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2023. Zugänglich unter/available from: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/AB26_Rahmenausbildungsplaene_aktualisiert_11-2023.pdf
23. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13(2):92-98. DOI: 10.1258/jhsrp.2007.007074
24. Rauner F, Frenzel J, Piening D, Bachmann N. *Engagement und Ausbildungsorganisation: Einstellung sächsischer Auszubildender zu ihrem Beruf und ihrer Ausbildung.* Bremen: Universität Bremen; 2016. Zugänglich unter/available from: https://comet-vet.com/files/upload/documents/publications/Commitment_Sachsen_Abschlussbericht_final.pdf

25. Psychiatric Research Unit at the Mental Health Centre North Zealand. WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden. Frederiksborg: General Hospital; 1998. Zugänglich unter/available from: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_German.pdf
26. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015;84(3):167-176. DOI: 10.1159/000376585
27. Brähler E, Mühlan H, Albani C, Schmidt S. Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica.* 2007;53:83-96. DOI: 10.1026/0012-1924.53.2.83
28. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ.* 2003;326(7382):200-201. DOI: 10.1136/bmj.326.7382.200
29. Krieger T, Zimmermann J, Huffziger S, Ubl B, Diener C, Kuehner C, Grosse Holtforth M. Measuring depression with a well-being index: further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression. *J Affect Disord.* 2014;156:240-244. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.015
30. Kemper CJ, Brähler E, Zenger M, Abele-Brehm AE. Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskaalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014.
31. Wellensiek S, Ehlers JP, Zupanic M. Designing Categories for a Mixed-Method Research on Competence Development and Professional Identity through Collegial Advice in Nursing Education in Germany. *Healthcare.* 2022;10(12):2517-2433. DOI: 10.3390/healthcare10122517
32. Rheinberg F. Intrinsische Motivation und Flow-Erleben. In: Heckhausen J, Heckhausen H, editors. *Motivation und Handeln.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010. p.365-378. DOI: 10.1007/978-3-642-12693-2_14
33. Raeder S. Beschäftigungsbeziehung und berufliche Identität. In: Rauner F, Grollmann P, editors. *Handbuch Berufsbildungsforschung.* 3rd ed. Bielefeld: wbv; 2018. p.445-451.
34. Pall S. *Glückliche Pflege: Glück in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege.* Graz: Karl-Franzens-Universität Graz; 2023.
35. Olden D, Großmann D, Dorin L, Meng M, Peters M, Reuschenbach B. Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender: Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung. *Pflege.* 2023;36:249-257. DOI: 10.1024/1012-5302/a000930
36. Angelstein S, Mühle U. Peer-Support: Stress und Traumata vorbeugen. *Im OP.* 2022;12(02):60-65. DOI: 10.1055/a-1650-4095
37. Grothe F. *Gesundheit und Motivation in der Pflegeausbildung: Eine standardisierte schriftliche Befragung zu Beanspruchungsmustern von Auszubildenden in Pflegeberufen.* Baden-Baden: Tectum Verlag; 2021. DOI: 10.5771/9783828876590
38. Darmann-Finck I, Hülsmann L. *Kompetenzziele von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen und intendierte Aufgabenprofile [Competency-based learning objectives of primary qualifying nursing studies and intended task profiles].* Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2024;184:80-89. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.10.006

Korrespondenzadresse:

Stefan Wellensiek
 Bildung & Beratung Bethel, Nazarethweg 7,
 33617 Bielefeld, Deutschland,
 Tel.: +49 (0)176/64188970
 stefan.wellensiek@hotmail.com

Bitte zitieren als

Wellensiek S, Ehlers J, Stratmann M. *The influence of peer group supervision during nursing education on occupational identity and well-being: Results of a mixed methods study.* *GMS J Med Educ.* 2025;42(4):Doc51. DOI: 10.3205/zma001775, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017755

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001775>

Eingereicht: 27.01.2025

Überarbeitet: 21.05.2025

Angenommen: 05.06.2025

Veröffentlicht: 15.09.2025

Copyright

©2025 Wellensiek et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.