

Anhang 1: Interview-Leitfaden

Zuerst möchte ich dich bitten, mir einen Fall zu erzählen, den du als erfolgreich bezeichnen würdest.

Was war an diesem Fall erfolgreich?

Was hat zu diesem Erfolg beigetragen?

Wie fühlt es sich für dich an, wenn du davon erzählst?

Gibt es auch einen Fall, bei dem du weniger zufrieden warst oder den du vielleicht sogar als Misserfolg bezeichnen würdest?

Was macht dich an diesem Fall unzufrieden?

Was war der Grund dafür, dass dieser Fall nicht so verlaufen ist, wie du es dir gewünscht hättest?

Was hätte anders sein müssen/ Was hat zum Erfolg gefehlt?

Wie gehst du mit solchen „Misserfolgen“ um?

Woran machst du fest, ob ein Fall erfolgreich verläuft oder nicht?

Hat sich deine Vorstellung von Erfolg durch die Arbeit hier verändert?

Worin unterscheidet sich Erfolg im SPDi von dem Arbeitsfeld, in dem du vorher gearbeitet hast?

Was ist für Erfolg in der Sozialen Arbeit deiner Meinung nach wichtig?

Gibt es zum Beispiel förderliche bzw. hinderliche Bedingungen?

Gibt es noch etwas, was ich nicht gefragt habe, aber was dir zum Thema Erfolg noch wichtig zu sagen wäre?

Anhang 2: Transkriptionsregeln

Die Transkription erfolgt lautsprachlich, das heißt Dialekte werden unverändert transkribiert.

Die Satzform bleibt unverändert, auch wenn sie syntaktische Fehler enthält.

Wortverkürzungen werden so geschrieben, wie sie gesprochen werden (z.B. runtergehen statt heruntergehen, mal statt einmal).

Die Groß- und Kleinschreibung sowie die Interpunktion werden beachtet.

Bei uneindeutiger Betonung wird ein Komma statt einem Punkt gesetzt.

Wort- und Satzabbrüche werden mit „...“ kenntlich gemacht. Wortdopplungen werden immer mit transkribiert.

Pausen werden durch Auslassungszeichen in Klammern (...) markiert.

Spätestens nach jedem Absatz sowie nach längeren Pausen werden Zeitmarken gesetzt: [00:00:10].

Unverständliche Passagen werden mit [unverständlich] kenntlich gemacht, wenn möglich mit der Ursache, z.B. [unverständlich, Mikrofon rauscht]. Ein vermuteter Wortlaut wird mit (Wort?) transkribiert.

Nonverbale Äußerungen oder Ereignisse werden kursiv in Klammern notiert, z.B. (seufzt).

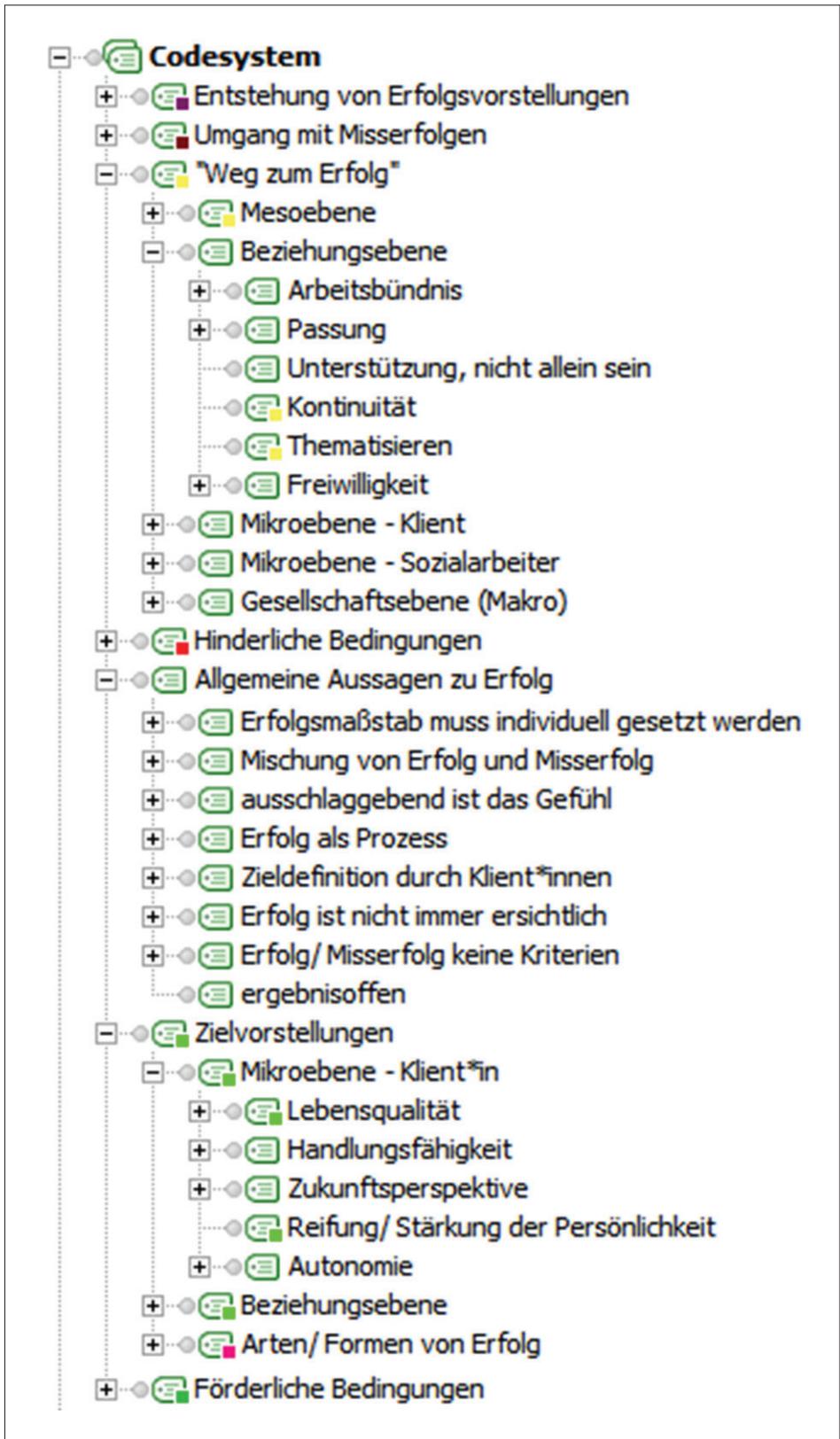
Besonders betonte Wörter werden kursiv geschrieben.

Wird wörtliche Rede zitiert, werden Anführungszeichen benutzt.

Rückversicherungspartikel und Rezeptionssignale werden ebenfalls transkribiert, z.B. „Ähm... Mhm. Ne? Gell?“

Alle Namen, Orte etc. werden pseudonymisiert.

Anhang 3: Codesystem MAXQDA



Meistverwendete Codes nach Häufigkeit:

	C...	Po...	Obercode	Code	Alle Codings
●	32	117	Allgemeine Aussagen zu Erfolg\Zieldefinition durch Klient*innen	eigene Kriterien/ Kriterien der Klient*innen	16
●	50	113	Allgemeine Aussagen zu Erfolg\Erfolg als Prozess	Weg-Metapher	12
●	2	155	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in\Autonomie\Vermeidung...	Ablehnung von Zwang/ Vorgaben	9
●	31	197	Förderliche Bedingungen\Mikroebene - Klient*in	Eigenmotivation vom Klienten	6
●	84	204	Förderliche Bedingungen\Organisationsebene (Meso)\Flexibilität	eigenes Ermessen	6
●	13	55	"Weg zum Erfolg"\Beziehungsebene	Kontaktaufnahme, Einhalten von Terminen	5
●	94	143	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in	Zukunftsperspektive	5
●	60	153	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in\Autonomie	Unabhängigkeit von Medikamenten	5
●	77	16	Umgang mit Misserfolgen\Mikroebene - Sozialarbeiter*in	Akzeptanz	4
●	58	31	"Weg zum Erfolg"\Mesoebene	ambulante Psychotherapie	4
●	53	81	Hinderliche Bedingungen\Mikroebene - Sozialarbeiter*innen	zu hohe Maßstäbe	4
●	20	85	Hinderliche Bedingungen\Mesoebene	Amt als Schwelle für Klient*innen	4
●	49	89	Hinderliche Bedingungen\Mesoebene	vorgegebener Erfolg	4
●	55	130	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in	Lebensqualität	4
●	88	150	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in	Autonomie	4
●	44	183	Zielvorstellungen\Arten/ Formen von Erfolg\große Erfolge	"große" Erfolge können nicht erreicht werden	4
●	37	2	Entstehung von Erfolgsvorstellungen	Nicht auf Bewusstseinssebene	3
●	120	4	Entstehung von Erfolgsvorstellungen\Erfahrungstransfer	Vergleich	3
●	142	10	Umgang mit Misserfolgen\Mikroebene - Klient*in	eigene Entscheidung, trotz der	3
●	18	32	"Weg zum Erfolg"	Beziehungsebene	3
●	67	38	"Weg zum Erfolg"\Beziehungsebene\Arbeitsbündnis	Akzeptanz	3
●	10	51	"Weg zum Erfolg"\Beziehungsebene	Kontinuität	3
●	9	52	"Weg zum Erfolg"\Beziehungsebene	Thematisieren	3
●	19	58	"Weg zum Erfolg"\Mikroebene - Klient	Eigenverantwortung	3
●	56	59	"Weg zum Erfolg"\Mikroebene - Klient	Aufarbeiten der Biographie	3
●	11	60	"Weg zum Erfolg"\Mikroebene - Klient	Reflexion über Erkrankung	3
●	82	63	"Weg zum Erfolg"\Mikroebene - Klient	Frühzeitiges Erkennen von Krisen	3
●	22	86	Hinderliche Bedingungen\Mesoebene	Vorgaben behindern Erfolg	3
●	118	101	Allgemeine Aussagen zu Erfolg	Erfolgsmaßstab muss individuell gesetzt werden	3
●	100	116	Allgemeine Aussagen zu Erfolg	Zieldefinition durch Klient*innen	3
●	38	127	Allgemeine Aussagen zu Erfolg	ergebnisoffen	3
●	140	133	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in\Lebensqualität\am Leb...	"ultimativer Misserfolg": Tod von Klient*innen	3
●	8	137	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in	Handlungsfähigkeit	3
●	61	146	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in\Zukunftsperspektive\g...	Berufsleben	3
●	1	154	Zielvorstellungen\Mikroebene - Klient*in\Autonomie	Vermeidung von Zwang	3
●	115	181	Zielvorstellungen\Arten/ Formen von Erfolg\große Erfolge	zu hohe Ziele führen zu Frustration	3
●	27	200	Förderliche Bedingungen\Organisationsebene (Meso)	Flexibilität	3
●	85	213	Förderliche Bedingungen\Organisationsebene (Meso)	Niedrigschwelligkeit	3

Anhang 4: Typentableau

	Transkript 1	Transkript 2	Transkript 3	Transkript 4	Transkript 5	Zentrale Kategorien
Entstehung und allgemeine Aussagen zu Erfolgsvorstellungen	Nicht auf Bewusstseinssebene Erfahrungstransfer Zieldefinition durch Klient*innen	Erfahrungstransfer Erfolg ist schwer messbar Erfolg als Prozess Ablehnung des Begriffs „Misserfolg“ Zieldefinition durch Klient*innen	Nicht auf Bewusstseinssebene Bezug zu Studium Ergebnisoffenheit Hohes Störpotential – Erfolg ist nicht gradlinig planbar Misserfolge präsender und greifbarer Erfolg und Misserfolge kommen oft zusammen Zieldefinition durch Klient*innen	Erfahrungstransfer Ablehnung von Vorgaben Ergebnisoffenheit Vorgegebene Ziele sind unrealistisch Ablehnung des Begriffs „Misserfolg“ Sisyphos- Arbeit Zieldefinition durch Klient*innen	Erfahrungstransfer Ergebnisoffenheit Zieldefinition durch Klient*innen	Resultat eines beruflichen Sozialisationsprozesses Ergebnisoffenheit und Ablehnung von Vorgaben Kontinuum von Erfolg und Misserfolg
Klient*innen	Eigenmotivation, Eigenverantwortung Reflexion über Erkrankung Frühzeitiges Erkennen und Prävention von Krisen Vermeidung von Zwang/ Unterbringung Selbstständigkeit, Handlungsfähigkeit	Eigenmotivation Compliance (Medikamente, Arztbesuche) Soziales Umfeld (Freunde, Partnerschaft) Akzeptanz der Erkrankung Selbstwirksamkeit Aufarbeiten der Biographie Stand der Dinge halten/ kleine Fortschritte Zukunftsperspektive	Eigenmotivation, Eigenverantwortung Lebensqualität Alltag mit Unterstützung bewältigen Handlungsfähigkeit Ultimativer Erfolg: Unabhängigkeit von Sozialarbeiter*in	Klient*innen müssen „ihren Weg“ finden und gehen Lebensqualität Unabhängigkeit vom Hilfesystem (Medikamenten) Eigenmotivation, Eigenverantwortung Bewältigung von Krisen, Handlungsfähigkeit Biographie aufarbeiten Reifung/ Stärkung der Persönlichkeit	Reflexion über Erkrankung Lebensqualität Zukunftsperspektive	(Wieder-)Herstellung von Autonomie und Handlungsfähigkeit Akzeptanz der Erkrankung Verbesserung der Lebensqualität
Sozialarbeiter*innen	Fachlichkeit Erfolg abhängig von eigenen Erwartungen Eigene Kriterien von denen der Klient*innen trennen	Empathie Sich auf Klient*innen einlassen Eigene Kriterien von denen der Klient*innen trennen Passung der Persönlichkeit	Zu hohe Ziele führen zu Frustration, Selbstschutz nötig – nicht selbst aufopfern, Psychohygiene Teilerfolge sehen Eigene Kriterien von denen der Klient*innen trennen Passung der Persönlichkeit Hilfebedarf erkennen Erfahrung, Verweisungswissen	Zu hohe Maßstäbe sind unrealistisch Nicht eigene Vorstellung vom „guten Leben“ auf Klient*innen übertragen Verweisungswissen Akzeptanz Zurückhaltung, keine Vorgaben Vermeidung von Zwang	Zu hohe Ziele führen zu Frustration- realistische Ziele zur Burnoutprophylaxe Keine Vorgaben Teilerfolge sehen Empathie	Fachkompetenz Akzeptanz und Zurückhaltung mit eigenen Bewertungen Psychohygiene

	Transkript 1	Transkript 2	Transkript 3	Transkript 4	Transkript 5	Zentrale Kategorien
Beziehung/ Interaktion	Klientenzentrierung Beziehung herstellen Kontinuität Thematisieren der Erkrankung	Vertrauen Augenhöhe Gutes Gefühl bei Beratung Klient*innen kommen gerne wieder	Klientenzentrierung Arbeitsbündnis Allianz Passung Professionelle Beziehung ist austauschbar	Eigene Entscheidungen treffen lassen Fehler machen lassen Problemlösestrategien erproben lassen	Arbeitsbündnis Kontinuität Gemeinsames Ziel erarbeiten	Herstellung eines Arbeitsbündnisses Koproduktion Vermeidung von Zwang
Organisation	Flexibilität Team Arbeitsmittel/ Arbeitsmaterialien Einladende Räume Amt als Schwelle	Flexibilität Niedrigschwelligkeit, Anonymität, gute Erreichbarkeit Eigenes Büro, Ruhe und Zeit Kurze Wege, offene Strukturen Arbeitsklima, Team Amt als Schwelle	Flexibilität Hoher Grad an Autonomie	Flexibilität Hoher Grad an Autonomie Niedrigschwelligkeit	Niedrigschwelligkeit Vernetzung der Helfer im Hilfesystem	Flexibilität Alltagsnähe Team
Gesellschaft	Stigmatisierung verhindern		Zeitnahe Vermittlung von Hilfsangeboten Strukturelle Macht, Einfluss Ultimativer Erfolg: keine Sozialarbeiter*innen mehr	Zeitnahe Vermittlung von Hilfsangeboten Stigmatisierung verhindern Ausreichende Angebote zur Vermittlung	Unterstützung der Gesellschaft Gesellschaftliche Akzeptanz Vorgaben der Gesellschaft Staatliche Finanzierung	Ausbau des Hilfenetzes Kooperation Gesellschaftliche Akzeptanz