DIPLOMA HOCHSCHULE
Private Fachhochschule Nordhessen

Studiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie
und Psychologisches Empowerment

MASTER-THESIS

Weibliche Genitalverstümmelung: Eine qualitative Untersuchung der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien betroffener Frauen aus Sicht der Fachkräfte

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (M.Sc.)

vorgelegt von: Khulud Sharif-Ali
Matrikelnummer 140259409
Studienzentrum online

Bearbeitungszeitraum: 01.01.2026 - 18.06.2026

Abgabe am: 18.06.2026

Betreuer*in: Silvia Gurdan

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis IV
Tabellenverzeichnis V
Abkürzungsverzeichnis VI
Anlagenverzeichnis VII
KI-Verzeichnis VIII
Zusammenfassung IX
Abstract X
1 Einleitung 1
2 Theoretischer Hintergrund 4
2.1 Weibliche Genitalverstümmelung 4
2.1.1 Begriffsklärung und Definition 5
2.1.2 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen 6
2.1.3 Physische, psychische und soziale Folgen 8
2.2 Herausforderungen von Fachkräften 10
2.2.1 Emotionale Herausforderungen 10
2.2.2 Soziale Herausforderungen 13
2.2.3 Kognitive Herausforderungen 17
2.3 Bewältigungsstrategien von Fachkräften 19
2.3.1 Emotionale Bewältigungsstrategien 21
2.3.2 Soziale Bewältigungsstrategien 22
2.3.3 Kognitive Bewältigungsstrategien 23
3 Forschungsstand und Annahmen 24
3.1 Studienlage zur Fachkräfteperspektive 24
3.2 Fragestellungen und Begründete Annahmen 29
4 Methodisches Vorgehen 32
4.1 Studiendesign 32
4.2 Stichprobe 32
4.3 Material 35
4.4 Durchführung 38
4.5 Datenanalyse 39
5 Ergebnisse der Untersuchung 43
5.1 Beschreibung der Stichprobe 44

5.2 Ergebnisse zu Herausforderungen 46
5.3 Ergebnisse zu Bewältigungsstrategien 60
5.4 Teilmodelle und Gesamtmodell der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien 69
6 Diskussion 73
6.1 Interpretation der Ergebnisse 74
6.2 Implikationen für die Praxis 81
6.3 Limitationen 83
7 Implikationen für die Forschung 85
8 Fazit 87
Literaturverzeichnis 90
Anlagen 99
Prompt-Verzeichnis 123
Eigenständigkeitserklärung 125

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: *Übersicht der begründeten Annahmen entlang der beiden Forschungsfragen* 31
Abbildung 2: *Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe* 33
Abbildung 3: *Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022)* 40
Abbildung 4: *Übersicht der gebildeten Subkategorien und Unterkategorien der Hauptkategorie „Herausforderungen“* 46
Abbildung 5: *Übersicht der gebildeten Subkategorien und Unterkategorien der Hauptkategorie „Bewältigungsstrategien“* 60
Abbildung 6: *Teilmodell der Herausforderungen* 70
Abbildung 7: *Teilmodell der Bewältigungsstrategien* 71
Abbildung 8: *Gesamtmodell der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien* 72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: *Klassifikation von FGM/C nach WHO-Typen* 6
Tabelle 2: *Kategoriensystem* 41
Tabelle 3: *Übersicht der Interviews*..... 45

Abkürzungsverzeichnis

BMBFSFJ	Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
DMIS	Developmental Model of Intercultural Sensitivity
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EU	Europäische Union
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
IAC	Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children
INTEGRA	Deutsches Netzwerk zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung
MAXQDA	Software zur qualitativen Datenanalyse
PoC	People of Color
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
StGB	Strafgesetzbuch
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Anlagenverzeichnis

Anlage A: *Informationsbogen zur Teilnahme an der Studie* 99
Anlage B: *Einverständniserklärung* 100
Anlage C1: *Interviewleitfaden (Deutsch)* 101
Anlage C2: *Interview Guide (English)* 104
Anlage D: *Ankerbeispiele im Kontext der Transkriptionen* 106
Anlage E: *Kategoriensystem (ausführliche Version)* 116

KI-Verzeichnis

KI-Hilfsmittel	Art des Gebrauchs	Betroffene Teile der Ausarbeitung	Zusätzliche Bemerkungen
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Titelentwicklung und thematische Eingrenzung	Titel der Arbeit	s. Prompt-Verzeichnis (ChatGPT Nr. 1)
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Strukturierung und sprachliche Ausarbeitung des Abstracts	Abstract, Zusammenfassung	s. Prompt-Verzeichnis (ChatGPT Nr. 2)
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Übersetzung des Interviewleitfadens ins Englische	Kap. 4.3, Anlage C2	s. Prompt-Verzeichnis (ChatGPT Nr. 3)
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Theoretische Eingrenzung der Bewältigungstheorien (Coping)	Kap. 2.3	s. Prompt-Verzeichnis (ChatGPT Nr. 4)
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Strukturierung der Einleitung (Problemstellung, Zielsetzung, Forschungsfrage)	Kap. 1	s. Prompt-Verzeichnis (ChatGPT Nr. 5)
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Sprachliche Präzisierung	gesamte Arbeit	Sprachliche Überarbeitung eigenständig erstellter Textpassagen (Wortwahl, Satzbau, Verständlichkeit)
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Rechtschreib- und Grammatikkorrektur	gesamte Arbeit	Reine Fehlerbereinigung; keine inhaltlichen Änderungen
Claude (Anthropic)	Methodische und sprachliche Optimierung des Auswertungsteils (qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz)	Kap. 4.5	s. Prompt-Verzeichnis (Claude Nr. 1, 2)
Claude (Anthropic)	Strukturelle Überarbeitung und Verdichtung von Redundanzen	Kap. 3	s. Prompt-Verzeichnis (Claude Nr. 3)
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Übersetzung	Abstract, Leitfadeninterview	Übersetzungsvorschläge; eigenständig geprüft, angepasst und überarbeitet
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3)	Erstellen von Grafiken und Abbildungen	Kap. 3, 4 und 5	Optimierung meiner Ideen und Vorschläge

Zusammenfassung

Einleitung: Die Zahl der von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM/C) betroffenen Frauen nimmt in Deutschland und Europa zu. Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen arbeiten mit hochbelasteten Klientinnen und sind dabei selbst spezifischen emotionalen, sozialen und kognitiven Anforderungen ausgesetzt. Während die Perspektive der Betroffenen gut dokumentiert ist, bleibt die Herausforderungs- und Bewältigungsdynamik der Fachkräfte weitgehend unerforscht. Ziel der Arbeit ist es, diese Dynamik aus der Fachkräfteperspektive zu analysieren, die bestehende Forschungslücke zu schließen und Impulse für die professionelle Arbeit mit betroffenen Frauen zu liefern.

Methodik: Erhoben wurden subjektive Wahrnehmungen in semi-strukturierten Leitfadeninterviews mit sieben Fachkräften (n=7), die u.a. in der Sozialarbeit, Medizin und Psychologie verortet sind. Die Datenauswertung erfolgte mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker; die transkribierten Interviews wurden mit MAXQDA kodiert.

Ergebnisse: Zentrale Herausforderungen reichen von Ohnmachtserfahrungen in Krisensituationen über den Vertrauensaufbau im tabuisierten Themenfeld bis zu strukturellen Versorgungslücken. Als Bewältigungsstrategien zeigten sich körperbezogene Regulation, Supervision und kollegialer Austausch, kognitives Reframing sowie institutionelle Vernetzung. Beide gliedern sich in vier Dimensionen (emotional, sozial, kognitiv, strukturell), wobei die strukturelle Dimension induktiv aus dem Material entstand. Übergreifend zeigt sich, wie eng Herausforderungen und Strategien ineinandergreifen und welches Gewicht dabei der strukturellen Ebene zukommt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, individuelle Bewältigungsstrategien gezielt durch Aus- und Weiterbildung, Supervision und institutionelle Unterstützung zu vermitteln. Ergänzend zeigt die Arbeit strukturelle Versorgungslücken auf, die diese Dynamik zusätzlich prägen.

Schlagworte: FGM/C, Fachkräfte, psychosoziale Versorgung, Herausforderungen, Bewältigungsstrategien, Supervision.

Abstract

Introduction: The number of women affected by female genital mutilation/cutting (FGM/C) is rising in Germany and Europe. Professionals from various disciplines work with severely burdened female clients and are themselves exposed to specific emotional, social and cognitive demands. While the perspective of affected women is well documented, the dynamics of challenges and coping among professionals remain largely unexplored. This study analyzes these dynamics from the practitioners' perspective in order to address the existing research gap and to provide impetus for professional work with affected women.

Methodology: Subjective perceptions were collected in semi-structured interviews with seven professionals (n = 7) working in fields including social work, medicine and psychology. The data were analyzed using structuring qualitative content analysis according to Kuckartz and Rädiker; the transcribed interviews were coded with MAXQDA.

Results: Central challenges range from experiences of powerlessness in crisis situations through building trust in a tabooed field to structural gaps in care. Coping strategies included body-based regulation, supervision and collegial exchange, cognitive reframing, and institutional networking. Both are organized along four dimensions (emotional, social, cognitive, structural), the structural dimension emerging inductively from the material. Overall, it becomes clear how closely challenges and strategies are interwoven and how much weight the structural level carries.

Conclusion: The findings underscore the need to impart individual coping strategies through education, continuing training, supervision and institutional support. In addition, the study reveals structural gaps in care that further shape these dynamics.

Keywords: FGM/C, professionals, psychosocial care, challenges, coping strategies, supervision.

1 Einleitung

„Es gibt keine Worte, die den Schmerz beschreiben können. Es ist, als ob dir jemand ein Stück Fleisch aus dem Oberschenkel reißt oder dir den Arm abschneidet, nur dass es sich dabei um die empfindsamsten Teile deines Körpers handelt“ (Dirie & Miller, 1999, S. 57).

Mit diesen Worten schildert das somalische Model Waris Dirie in ihrer Autobiografie *Wüstenblume* ihre eigene Genitalverstümmelung. Das in den 1990er-Jahren erschienene Buch lenkte erstmals die Aufmerksamkeit eines breiten westlichen Publikums auf die Praxis (Graf, 2013, S. 15–16). Bereits einige Jahre zuvor hatten Alice Walker und Pratibha Parmar das Thema mit ihrem Buch- und Filmprojekt *Warrior Marks* (1993) einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht (Walker & Parmar, 1993).

Weltweit sind nach Schätzungen der World Health Organization (WHO) mehr als 230 Millionen Frauen und Mädchen von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM/C) betroffen; die Praxis wird in dreißig Ländern Afrikas, des Nahen Ostens und Asiens durchgeführt (WHO, 2025). In Somalia liegt der Anteil beschnittener Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren bei rund 98 Prozent (Plan International Deutschland, 2024; Ihring, 2015, S. 22). In Europa gewinnt FGM/C zunehmend an Bedeutung, da immer mehr Betroffene aus Herkunftsländern stammen, in denen die Praxis verbreitet ist. Nach O’Dey besteht zudem das Risiko, dass in Europa lebende Mädchen während familiärer Aufenthalte in den Herkunftsländern beschnitten werden; teilweise reisen sogenannte *„Beschneiderinnen“* (O’Dey, 2023, S. 10) für den Eingriff sogar nach Europa ein. Diese Faktoren erschweren einen vollständigen Schutz von Mädchen und Frauen vor FGM/C erheblich (O’Dey, 2023).

Die WHO stuft FGM/C als schwerwiegende Menschenrechtsverletzung ein; der Eingriff wird meist im Kindesalter, bis zum 15. Lebensjahr, vorgenommen. Die Behandlung der gesundheitlichen Folgen verursacht weltweit jährlich Kosten von rund 1,4 Milliarden US-Dollar (WHO, 2025).

Zugleich ist FGM/C eine sozial tief verankerte Norm, die trotz bekannter gesundheitlicher Risiken über Generationen weitergegeben wird (Cloward, 2016; UNICEF, 2005a).

Viele Berufsgruppen kommen im beruflichen Alltag mit von FGM/C betroffenen Frauen und Mädchen in Kontakt (UNICEF, 2005a). Dabei spielen diese Fachkräfte im Gesundheitswesen gerade bei der medizinischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit FGM/C-bedingten Komplikationen eine zentrale Rolle. Internationale Organisationen wie die WHO, UNICEF oder UNFPA betonen deshalb die Relevanz gezielter Schulungen für medizinisches Personal (Kandala & Komba, 2018). Im Bereich der psychischen Versorgung bestehen bislang jedoch keine einheitlichen Standards für den Umgang mit betroffenen Patientinnen, auch wenn zunehmend an entsprechenden Konzepten gearbeitet wird. Die Entwicklung standardisierter Ansätze ist anspruchsvoll, da FGM/C eng mit kulturellen Traditionen, sozialen Normen und komplexen Wertvorstellungen verknüpft ist. Fachkräfte benötigen daher ein vertieftes Verständnis dieser Hintergründe sowie sensible Unterstützungsstrategien, die sowohl die individuelle psychische Stabilisierung als auch die soziale Einbettung der Betroffenen berücksichtigen (O'Dey, 2023, S. 35). Während die Perspektive der betroffenen Frauen vergleichsweise gut dokumentiert ist, bleibt diejenige der Fachkräfte bislang kaum systematisch erschlossen.

Ziel: Die vorliegende Masterarbeit untersucht die emotionalen, sozialen und kognitiven Herausforderungen, denen Fachkräfte in der Arbeit mit Frauen begegnen, die von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM/C) betroffen sind, sowie die Strategien, mit denen sie diese Belastungen bewältigen. Die Belastungen ergeben sich aus fachlichen Anforderungen, zwischenmenschlichen Interaktionen und strukturellen Rahmenbedingungen. Die Bewältigung erfolgt sowohl über individuelle Mechanismen als auch über institutionell verankerte Unterstützungsformen.

Die Arbeit verfolgt einen qualitativen Forschungsansatz und geht der folgenden Forschungsfrage nach: „Welche Herausforderungen erleben Fachkräfte im Umgang mit Frauen, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen sind, und welche Strategien wenden sie zur Bewältigung dieser Herausforderungen an?" Zur Beantwortung wurden sieben leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit

Fachkräften aus der psychosozialen Versorgung und Forschung geführt und in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker entlang der drei Dimensionen emotional, sozial und kognitiv ausgewertet. Ziel ist es, ein vertieftes Verständnis dieser beruflichen Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien zu gewinnen und daraus Implikationen für eine sensible, fachlich fundierte Praxis abzuleiten. Damit soll die Arbeit bestehende Forschungslücken aufzeigen, Impulse für zukünftige qualitative Studien zu Fachkräfteperspektiven im Kontext von FGM/C geben und die Handlungssicherheit von Fachkräften in diesem sensiblen Arbeitsfeld stärken.

Aufbau der Arbeit: Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. *Kapitel 1* erläutert den Forschungsanlass, die Ziele und den Aufbau der Arbeit. *Kapitel 2* behandelt zunächst die Begriffsklärung von FGM/C, die unterschiedlichen Formen der Beschneidung sowie die rechtlichen Grundlagen in Deutschland; im Anschluss wird der theoretische Hintergrund mithilfe psychologischer Ansätze entwickelt. Beginnend mit den Herausforderungen von Fachkräften, die mit Konzepten und Modellen der Stressbewältigung begründet werden, folgt die theoretische Einordnung der Bewältigungsstrategien anhand entsprechender Ressourcenmodelle. *Kapitel 3* stellt den Forschungsstand anhand der aktuellen Studienlage dar und leitet daraus die Fragestellungen sowie die begründeten Annahmen ab. *Kapitel 4* behandelt das methodische Vorgehen. Die Wahl des leitfadengestützten Expert*inneninterviews wird begründet, der Feldzugang erschlossen und die Zusammensetzung der Stichprobe mit sieben Fachkräften aus der psychosozialen Versorgungslandschaft und Forschung beschrieben; zudem wird das Transkriptionssystem erläutert. Die Auswertung erfolgt in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker entlang von sieben Auswertungsphasen. *Kapitel 5* stellt die empirischen Ergebnisse vor. Nach der Fallauswahl (5.1) folgen die Ergebnisse zu den Herausforderungen (5.2) und zu den Bewältigungsstrategien (5.3) auf emotionaler, sozialer, kognitiver und struktureller Ebene sowie die Teilmodelle und das Gesamtmodell (5.4). Kapitel 6 umfasst die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse einschließlich der Implikationen für die Praxis sowie der Reflexion der Limitationen. Kapitel 7 widmet

sich den Implikationen für die weiterführende Forschung, bevor Kapitel 8 die Arbeit mit einem Fazit und weiterführenden Fragestellungen abschließt.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil dieser Arbeit setzt beim Phänomen FGM/C selbst an, da sich die Perspektive der Fachkräfte erst vor dem Hintergrund eines grundlegenden Verständnisses der Praxis erschließt. Kapitel 2.1 klärt deshalb zunächst Begriff und Definition und begründet die in dieser Arbeit gewählte Bezeichnung. Daran schließen sich die verschiedenen Formen des Eingriffs, ihre weltweite Verbreitung sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen an. Abschließend werden die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen dargestellt, die die Lebensrealität betroffener Frauen und Mädchen prägen. Auf dieser Grundlage wendet sich die Arbeit den theoretischen Modellen zu, mit denen sich die emotionalen, sozialen und kognitiven Herausforderungen von Fachkräften (Kapitel 2.2) sowie deren Bewältigungsstrategien (Kapitel 2.3) erklären lassen.

2.1 Weibliche Genitalverstümmelung

Weibliche Genitalbeschneidung ist eine historisch tief verankerte Praktik, deren Ursprung im alten Ägypten zu verorten ist (Hulverscheidt, 2016; Ihring, 2015). Ihren historischen Höhepunkt erreichten Eingriffe an den weiblichen Genitalien in der zweiten Hälfte des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, nicht ausschließlich in den heute als Hauptverbreitungsgebieten geltenden Regionen, sondern auch in westlich medizinischen Kontexten, in denen Klitoridektomien zur Behandlung von „Hysterie“ (Ihring, 2015, S. 20), Masturbation oder „Nymphomanie“ (Ihring, 2015, S. 20) durchgeführt wurden (Hulverscheidt, 2016, S. 59; Ihring, 2015, S. 25; Rodríguez, 2014, S. 18). Die Debatte um das Thema Sexualität und das weibliche Geschlecht im 19. Jahrhundert umfasste auch die Diskussion der Entfernung der Klitoris, die auf der Annahme fußte, dass diese als Geschlechtstrieb der Frau nicht nur bedrohlich und übermäßig sei, sondern vor allem aus der Klitoris als Mittelpunkt der Lust ausgehe, sodass dieses Organ entfernt werden sollte (Hulverscheidt, 2016).

FGM/C ist eine in bestimmten traditionellen Kontexten fest verwurzelte Praxis. Sie zielt häufig darauf ab, die weibliche Sexualität zu kontrollieren und das Verhalten von Frauen und Mädchen innerhalb traditioneller Normen zu regulieren (GIZ, 2015; UNICEF, 2005b; O'Dey, 2023).

2.1.1 Begriffsklärung und Definition

Die Bezeichnung „Weibliche Genitalverstümmelung/ Female Genital Mutilation (FGM)" wird in dieser Arbeit verwendet, um die damit verbundene Menschenrechtsverletzung zu betonen und sie von der männlichen Beschneidung abzugrenzen, der sie medizinisch nicht entspricht. FGM kommt eher einer *„teilweisen oder vollständigen Amputation des Penis gleich"* (Feuerbach, 2011, S. 79). Gefordert wird der Begriff vor allem aus dem afrikanischen Aktivismus selbst, insbesondere durch den Zusammenschluss im *Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children* (IAC) (Graf, 2013; Prognos AG, 2025).

Die WHO definiert FGM/C als *„alle Verfahren, bei denen die äußeren weiblichen Genitalien teilweise oder vollständig entfernt werden oder die weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht medizinischen Gründen anderweitig verletzt werden"* (Ihring, 2015, S. 21; Prognos AG, 2025, S. 7; WHO, 2025).

Dabei lässt sich die Prozedur in vier Hauptkategorien unterteilen (siehe Tabelle 1). Beim ersten Typ, der Klitoridektomie, erfolgt die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und gegebenenfalls der Klitorisvorhaut. Der zweite Typ, die Exzision, umfasst die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris sowie der inneren Schamlippen (Labia minora) und teils auch der äußeren Schamlippen (Labia majora). Der dritte Typ, die Infibulation, beschreibt das Zusammennähen der Schamlippen zur starken Verengung der Vaginalöffnung; gelegentlich werden zusätzlich Klitorisvorhaut und Klitoriseichel entfernt. Der vierte Typ umfasst alle weiteren schädigenden Eingriffe an den weiblichen Genitalien ohne eine medizinische Notwendigkeit, etwa das Stechen, Durchbohren, Einschneiden, Schaben oder Verätzen (Ihring, 2015, S. 7, 21; Prognos AG, 2025; WHO, 2025; Zurynski et al., 2015, S. 3).

Über diese vier Typen hinaus werden im Kontext von FGM/C die *Defibulation* und die *Reinfibulation* beschrieben (Zurynski et al., 2015, S. 3). Als Defibulation wird der chirurgische Eingriff bezeichnet, bei dem die durch eine Infibulation (FGM/C Typ 3) verschlossene Vagina wieder geöffnet wird. Sie erfolgt häufig in der Hochzeitsnacht oder vor der Geburt eines Kindes. Als Reinfibulation wird das erneute Vernähen der Schamlippen nach einer Geburt bezeichnet, um den durch die Infibulation entstandenen Zustand wiederherzustellen (Zurynski et al., 2015).

Tabelle 1

Klassifikation von FGM/C nach WHO-Typen

Typ	Bezeichnung	Beschreibung
Typ 1	Klitoridektomie	Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und ggf. der Klitorisvorhaut.
Typ 2	Exzision	Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris sowie der inneren Schamlippen (Labia minora) und ggf. auch der äußeren Schamlippen (Labia majora).
Typ 3	Infibulation	Zusammennähen der Schamlippen zur starken Verengung der Vaginalöffnung. Gelegentlich werden zusätzlich Klitorisvorhaut und Klitoriseichel entfernt.
Typ 4	Sonstige Eingriffe	Alle weiteren schädigenden Eingriffe an den weiblichen Genitalien ohne medizinische Notwendigkeit, etwa Stechen, Durchbohren, Einschneiden, Schaben oder Verätzen.

Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an World Health Organization (WHO, 2025), Ihring (2015, S. 7–21) und Zurynski et al. (2015).

2.1.2 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Bezüglich der rechtlichen Einordnung in Deutschland ist die Praxis im Strafgesetzbuch unter § 226a StGB als „Verstümmelung weiblicher Genitalien“

verankert. Nach diesem Paragrafen drohen Freiheitsstrafen von bis zu 15 Jahren (Prognos AG, 2025). Durch die EU-Richtlinie zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt vom 14. Mai 2024 wurden alle Mitgliedsstaaten dazu verpflichtet, die Verstümmelung weiblicher Genitalien als eigenständigen Straftatbestand zu verankern (Prognos AG, 2025). Auf völkerrechtlicher Ebene stufen mehrere Übereinkommen FGM/C als schwere Menschenrechtsverletzung ein, darunter die Frauenrechtskonvention CEDAW, das Maputo-Protokoll der Afrikanischen Union und die Resolution 67/146 der Vereinten Nationen (GIZ, 2015). Die rechtliche Einordnung geschlechtsspezifischer Verfolgung ist in Deutschland im Zuwanderungsgesetz (2005) im § 60 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes festgeschrieben. Diese rechtliche Regelung dient laut Markard (2007) dem Abschiebeschutz von staatenlosen sowie von geschlechtsspezifischer Verfolgung betroffenen Fällen. Es ist jedoch zu betonen, dass die rechtliche Perspektive in den letzten Jahren mehrfach überarbeitet und ausdifferenziert wurde. Auch auf EU-Ebene erkennt das Europäische Parlament (2012) unterschiedliche Formen geschlechtsbasierter Verfolgung an, darunter FGM sowie weitere sexualisierte Gewaltverbrechen, Zwangssterilisationen und Zwangsabtreibungen oder sogenannte Verbrechen aufgrund der Ehre (Schwenken, 2016).

Ferner erläutert Schwenken (2016) die Hürden der Praxis in Bezug auf das Asylverfahren, da es sich oft um ein tabuisiertes Thema handelt und deshalb unter Umständen zu spät in Anhörungsprozessen von Betroffenen offengelegt wird (Schwenken, 2016). Grund dafür ist, dass Betroffene beispielsweise nicht rechtzeitig erfahren, dass FGM/C eine Gewaltform mit langfristigen physischen und psychischen Folgen darstellt und dass anerkannte Schutzmechanismen existieren. Mädchen, die vor drohender Verstümmelung fliehen, können die konkrete Gefährdung im Herkunftsland nur schwer glaubhaft machen. Mit Bezug auf Flamand (2015) betont Schwenken (2016), dass die Prüfung, ob ein gesetzliches FGM/C-Verbot im Herkunftsland tatsächlich durchgesetzt wird, zudem oft ungeprüft bleibt. Das Beispiel verdeutlicht somit grundlegende Schwierigkeiten bei der Anerkennung genderspezifischer Fluchtgründe (Schwenken, 2016).

Mit Bezug auf Kalthegener (2003) beschreibt Ihring (2015), dass in der Mehrzahl afrikanischer Länder, in denen Bevölkerungsgruppen leben, die FGM/C

praktizieren, zwar gesetzliche Verbote bestehen, die Praxis aber meist unter den Tatbestand der Körperverletzung fällt. Aus der Erfahrung in den letzten Jahrzehnten zeigt sich jedoch, dass die bloße Existenz solcher Gesetze Mädchen nicht zwangsläufig vor dem Eingriff schützt. Die Umsetzung der Rechte der Betroffenen erweist sich daher als schwierig, da die gesetzlichen Regelungen in der Bevölkerung kaum bekannt sind oder bewusst missachtet werden (Kalthegener, 2003, S. 214, zitiert nach Ihring, 2015, S. 27).

2.1.3 Physische, psychische und soziale Folgen

Viele Betroffene sprechen aufgrund sozialer und kultureller Normen nicht offen über ihre Erfahrungen und äußern psychische Belastungen häufig indirekt über körperliche Beschwerden (Bruchhaus, 2014). In Migrationskontexten kann sich diese Problematik verstärken, da sowohl die Praxis selbst als auch ihre Folgen im Aufnahmeland oft unzureichend verstanden werden und zusätzliche Belastungen entstehen (UNICEF, 2005a).
O'Dey betont, dass FGM/C-Patientinnen häufig nicht wissen, wie sie ihre Beschwerden beschreiben sollen oder sich durch die eigenen Traditionen gehindert fühlen, ihre Probleme klar zu beschreiben. Auf vorsichtiges Nachfragen beginnen sie jedoch meist, die bestehenden Schmerzen zu beschreiben, die typischerweise im Zusammenhang mit der Menstruation und dem Geschlechtsverkehr auftreten (O'Dey, 2023).

FGM/C stellt für viele Mädchen und Frauen ein akutes traumatisches Erlebnis dar, das langfristige psychische Folgen hinterlassen und die emotionale Entwicklung beeinträchtigen kann. Die wissenschaftliche Evidenz ist in diesem Bereich teilweise begrenzt, jedoch berichten Betroffene häufig von starken Belastungen. Während des Eingriffs sind Mädchen in der Regel bei vollem Bewusstsein und erleben die Situation als äußerst schmerzhaft sowie von Angst und Verwirrung geprägt. In Fällen, in denen eine Vorbereitung stattfindet, besteht teilweise der soziale Druck, die eigene Angst zu unterdrücken und während des Eingriffs kooperativ zu sein. Die Folgen von FGM/C umfassen ein breites Spektrum psychischer und psychosomatischer Beschwerden, darunter Schlaf- und Essstörungen, Stimmungsschwankungen, kognitive Beeinträchtigungen sowie Symptome einer

posttraumatischen Belastungsreaktion wie Albträume, Panikattacken und Konzentrationsprobleme.

Auf körperlicher Ebene reicht das Spektrum von akuten Komplikationen wie starken Schmerzen, Blutungen oder Infektionen bis zu langfristigen Schäden wie chronischen Beckeninfektionen, Unfruchtbarkeit, Fistelbildung und erschwerten Geburtsverläufen (Graf, 2013, S. 56–62). Die Schwere und Häufigkeit dieser Komplikationen nehmen mit dem Umfang des Eingriffs zu und sind bei der Infibulation am größten. Vor allem unter der Geburt drohen erhöhte Risiken für Mutter und Kind (Kandala & Komba, 2018). Da die Eingriffe meist mit unsterilen, mehrfach verwendeten Instrumenten und ohne Betäubung erfolgen, drohen zusätzlich Wundinfektionen, Tetanus oder eine HIV-Übertragung sowie Verletzungen durch das gewaltsame Festhalten der Mädchen (Richter, 2016). Neben den körperlichen Schäden kann die Praxis auch das Sexualleben erwachsener Frauen erheblich beeinträchtigen. Bei infibulierten Frauen ist oft eine Defibulation nach der Eheschließung notwendig, was erneut Schmerzen verursacht und potenziell weitere psychische Belastungen auslöst. In der Folge können partnerschaftliche Konflikte entstehen, die bis zur Scheidung führen und soziale sowie ökonomische Konsequenzen für die Frauen und ihre Kinder haben (UNICEF, 2005a).
Aus medizinischer und humanitärer Perspektive stellt FGM/C eine erhebliche, in kulturellen Normen begründete Belastung für betroffene Frauen dar, deren Abschaffung als notwendig angesehen wird. Betroffene berichten häufig von erheblichen körperlichen, sozialen und emotionalen Belastungen, darunter Einschränkungen der genitalen Wahrnehmung und der Verlust genitaler Funktionen. Diese Veränderungen können das *„psychophysische Gleichgewicht“* (O’Dey, 2023, S. 97) beeinträchtigen und sich negativ auf Selbstbild und Körperwahrnehmung auswirken (O’Dey, 2023).
FGM/C schränkt zudem das Recht auf Bildung von Frauen und Mädchen ein: Körperliche Beschwerden und psychische Belastungen führen häufig zu Schulfehlzeiten, Konzentrationsproblemen, Leistungsabfall und Schulabbrüchen. In einigen Kontexten gelten Mädchen nach dem Eingriff aufgrund traditioneller Rituale oder gesellschaftlicher Erwartungen als erwachsen und verlassen die Schule.

Dies hat weitreichende Folgen für die individuelle Entwicklung sowie für gesellschaftliche Bildungs- und Entwicklungsprozesse (UNICEF, 2005a).
Gleichzeitig bleibt FGM/C eine fest etablierte soziale Norm, die durch sozialen Druck über Generationen hinweg aufrechterhalten wird. Trotz bekannter gesundheitlicher Risiken gilt die Praxis als Voraussetzung für soziale Akzeptanz und den Schutz der familiären Ehre; sie verschafft den Betroffenen gesellschaftliche Anerkennung, bessere Heiratschancen und den Rückhalt der Gemeinschaft. Ein Verzicht hingegen kann zu Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung führen und gefährdet damit das Ansehen und die gesellschaftliche Zugehörigkeit des Mädchens ebenso wie den sozialen Status der gesamten Familie, im Extremfall bis zum Ausschluss aus dem sozialen Verband (Cloward, 2016; Feuerbach, 2011; UNICEF, 2005a).

Betroffene Frauen beschreiben häufig ein ambivalentes Bild zwischen Akzeptanz und Ablehnung, da sie ihre Situation durch kulturelle Prägungen als normal einordnen, die Prozedur zugleich jedoch das Ergebnis einer unfreiwilligen Entscheidung ist (O'Dey, 2023).

2.2 Herausforderungen von Fachkräften

Die professionelle Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen stellt Fachkräfte vor zahlreiche Herausforderungen, die sich entlang von drei Dimensionen beschreiben lassen. In Anlehnung an das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) sowie weiterführenden Ansätze werden im Folgenden emotionale, soziale und kognitive Herausforderungen voneinander unterschieden. Diese Differenzierung in den nachfolgenden Unterkapiteln erlaubt eine konzeptuelle Verortung der Belastungen, denen Fachkräfte in ihrer beruflichen Praxis begegnen.

2.2.1 Emotionale Herausforderungen

Zur theoretischen Einordnung der emotionalen Herausforderungen, denen Fachkräfte in der Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen begegnen, sind drei Modelle besonders relevant: das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und

Folkman (1984), das Konzept der Compassion Fatigue nach Figley (1995) sowie die Theorie der Emotionsarbeit nach Hochschild (1983, zit. nach Neckel, 2022). Im Unterschied zu älteren reizorientierten Stresstheorien, etwa dem "*General Adaptation Syndrome*" von Hans Selye (1956, zit. nach Rochette et al., 2023), das Stress als unspezifische dreiphasige körperliche Reaktion (Alarm, Widerstand, Erschöpfung) auf jeden Reiz beschreibt, verstehen Lazarus und Folkman (1984) Stress als Ergebnis der subjektiven Bewertung der Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Dementsprechend entsteht Stress erst dann, wenn eine Person eine Situation als bedeutsam für ihr Wohlbefinden einstuft und die eigenen Ressourcen zur Bewältigung als unzureichend wahrnimmt (Lazarus & Folkman, 1984, S. 19). Folglich erfolgt diese Bewertung in zwei aufeinander bezogenen Schritten (Lazarus & Folkman, 1984, S. 31): Im „*primary appraisal"* prüft die Person, ob eine Situation für ihr Wohlbefinden überhaupt relevant ist. Lazarus und Folkman (1984, S. 31) beschreiben diesen Schritt explizit als *"concerned with whether something of relevance to the person's well-being occurs",* also als Einschätzung, ob etwas für das eigene Wohlbefinden Bedeutsames geschieht. Eine Situation kann dabei als irrelevant, als positiv oder als stressrelevant eingeschätzt werden (Lazarus & Folkman, 1984, S. 32). Stressrelevante Situationen werden laut den Autor*innen in die Kategorien Schaden oder Verlust (*harm/loss)*, Bedrohung (*threat)* und Herausforderung (*challenge*) (Lazarus & Folkman, 1984, S. 32) unterteilt. Im sogenannten "*secondary appraisal"* folgt die Einschätzung der eigenen Bewältigungsstrategien. Diesen Schritt definieren Lazarus und Folkman (1984, S. 35) als *"a judgment concerning what might and can be done",* als die Einschätzung dessen, was getan werden könnte und kann. Dem Ansatz zufolge kommt es erst dann zu einer Stressreaktion, sobald die wahrgenommenen Herausforderungen die verfügbaren Ressourcen übersteigen (Lazarus & Folkman, 1984, S. 19). In der deutschsprachigen Stressforschung greift Kaluza (2018) das Modell von Lazarus und Folkman auf und hebt hervor, dass die individuelle Bewertung sowohl die emotionale Reaktion als auch die nachfolgenden Bewältigungsstrategien maßgeblich beeinflusst.

Darüber hinaus beschreibt der US-amerikanische Psychologe Charles Figley (1995) eine spezifische Form emotionaler Belastung im professionellen

Arbeitskontext mit dem Konzept der "*Compassion Fatigue"*, im deutschen häufig mit Mitgefühlserschöpfung übersetzt. Figley beobachtete, dass Fachkräfte, die regelmäßig mit traumatisierten Klient*innen arbeiten, ähnliche Symptome entwickeln wie die Betroffenen selbst (Figley, 1995). Das Konzept Compassion Fatigue beschreibt demnach einen Zustand der Erschöpfung und Funktionsbeeinträchtigung auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene, der aus der anhaltenden empathischen Auseinandersetzung mit dem Leid anderer resultiert (Figley, 1995, S. 253). Cocker und Joss (2016) zeigen in einem systematischen Review, dass Compassion Fatigue in Gesundheits-, Notfall- und sozialen Diensten weit verbreitet ist und durch emotionale Erschöpfung, reduzierte Empathiefähigkeit und Beeinträchtigung der Arbeitsleistung gekennzeichnet ist. Im Unterschied zum Burnout, das durch chronische Arbeitsbelastung allgemein gekennzeichnet ist, bezieht sich Compassion Fatigue spezifisch auf die Belastung durch die Konfrontation mit den traumatischen Folgen von Klient*innen. Henderson et al. (2025) ordnen das Konzept in einem aktuellen systematischen Review als eigenständige Belastungsform bei Fachkräften in psychosozialen Berufen ein, die sich von Burnout durch den spezifischen Bezug zur indirekten Traumaexposition unterscheidet, und zeigen zudem, dass Fachkräfte mit eigener Traumavorgeschichte ein erhöhtes Risiko aufweisen, sekundäre Belastungssymptome zu entwickeln. Die amerikanische Forscherin Beth Hudnall Stamm (2010) entwickelt das Konzept im Rahmen ihres Professional-Quality-of-Life-Modells weiter und integriert neben den negativen Belastungsfolgen auch die positiven Aspekte des Helfens, die sogenannte Compassion Satisfaction.

Eine weitere Perspektive auf die emotionale Dimension professioneller Arbeit liefert die US-amerikanische Soziologin Arlie Hochschild mit der Theorie der Emotionsarbeit (Hochschild, 1983, zit. nach Neckel, 2022). Hochschild beschreibt darin die Anforderung an Beschäftigte in personenbezogenen Berufen, eigene Gefühle aktiv zu regulieren, um den Erwartungen des beruflichen Kontextes zu entsprechen. Diese Regulation kann in zwei Formen erfolgen: Beim *surface acting* werden Gefühle nach außen dargestellt, ohne dass sie tatsächlich empfunden werden, während beim *deep acting* versucht wird, die geforderten Gefühle innerlich tatsächlich herzustellen. Beide Formen sind mit psychischer Belastung

verbunden, insbesondere dann, wenn die Diskrepanz zwischen empfundenen und gezeigten Emotionen dauerhaft groß ist. Chen et al. (2023) zeigen in einer empirischen Untersuchung mit Gesundheitsfachkräften, dass hohe Emotionsarbeit mit erhöhter emotionaler Erschöpfung einhergeht und sich negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit der Beschäftigten auswirkt. Hochschild prägte für dieses Phänomen den Begriff der *emotional dissonance*, der in der deutschsprachigen Forschung als emotionale Dissonanz aufgegriffen wurde (Zapf, 2002).

Bezogen auf die Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen lassen sich die drei Modelle direkt anwenden. Fachkräfte sind mit Lebensgeschichten konfrontiert, die Traumatisierung, sexualisierte Gewalt, Migration und intersektionale Diskriminierungserfahrungen umfassen (Ihring, 2015). Nach Lazarus und Folkman (1984) hängt es von der individuellen Bewertung dieser Anforderungen sowie den verfügbaren Ressourcen ab, ob und in welchem Ausmaß eine Stressreaktion entsteht. Im Sinne des Konzepts der Compassion Fatigue besteht die spezifische Belastung darin, dass die Auseinandersetzung mit den Gewaltgeschichten der Klientinnen zu einer sekundären Traumatisierung der Fachkräfte führen kann (Cocker & Joss, 2016; Henderson et al., 2025). Das Konzept der Emotionsarbeit beschreibt schließlich die berufliche Anforderung, in Beratungs- und Versorgungssituationen Mitgefühl, Ruhe und Professionalität zu zeigen, auch wenn die eigenen Emotionen abweichen (Chen et al., 2023). Damit eröffnen die drei Modelle einen gemeinsamen Rahmen, um die emotionalen Herausforderungen von Fachkräften im Kontext von FGM/C theoretisch zu erfassen.

2.2.2 Soziale Herausforderungen

Die sozialen Anforderungen an Fachkräfte in der Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen lassen sich entlang dreier sozialpsychologisch fundierter Theorien systematisieren, die jeweils eine andere Frage adressieren. Die Stigma-Theorie Erving Goffmans (1963) klärt, was sozial zwischen Klientinnen und ihrer Umgebung geschieht, wenn ein Merkmal wie FGM/C zum diskreditierenden Attribut wird. Das Developmental Model of Intercultural Sensitivity (DMIS) von Milton Bennett (1986, 2017) beschreibt, welche Entwicklungsstufen kultureller

Sensibilität Fachkräfte durchlaufen, wenn sie Klientinnen aus anderen kulturellen Kontexten gegenübertreten. Cultural Humility nach Tervalon und Murray-García (1998) sowie Foronda et al. (2016) liefert schließlich die Haltung, die diese Entwicklung dauerhaft trägt und auf Selbstreflexion sowie auf die Bearbeitung von Machtasymmetrien gerichtet ist.

Der kanadisch-amerikanische Soziologe Erving Goffman legte mit *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963) den bis heute meistdiskutierten Begriffsrahmen für gesellschaftliche Aussonderungsprozesse vor. Stigma ist bei Goffman keine individuelle Eigenschaft, sondern eine besondere Beziehung zwischen einem Merkmal und einem darauf bezogenen Stereotyp: *„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden“* (Goffman, 1963, zit. nach Waldschmidt & Karim, 2022, S. 224). Goffman unterscheidet drei *„kraß verschiedene Typen“* von Stigma: Abscheulichkeiten des Körpers, individuelle Charakterfehler sowie phylogenetische Stigmata von Rasse, Nation und Religion (Goffman, 1963, zit. nach Waldschmidt, 2022, S. 301). Zentral für die analytische Schärfe seines Konzepts ist die Unterscheidung zwischen virtualer und aktualer sozialer Identität: zwischen den Eigenschaften, die einer Person zugeschrieben werden, und denjenigen, die ihr tatsächlich nachgewiesen werden können (ebd., S. 300). Klafft eine als unerwünscht erlebte Diskrepanz auf, wird der Person ein Stigma „angeheftet“, das ihren sozialen „Kredit“ beschädigt.

Goffman differenziert weiter zwischen diskreditierten und diskreditierbaren Personen: Während Diskreditierte ein offensichtliches Stigma bewältigen müssen und in der Interaktion vor allem Spannung managen, geht es für Diskreditierbare um Informationskontrolle (Waldschmidt, 2022, S. 300). Für das Arbeitsfeld FGM/C ist diese Unterscheidung von zentraler Bedeutung: Da die Beschneidung in der Regel nicht sichtbar ist, befinden sich betroffene Frauen typischerweise in der Position der Diskreditierbaren und müssen entscheiden, ob, wem und wie sie ihr Stigma offenlegen.

Für die professionelle Praxis besonders relevant ist Goffmans Konzept der „Weisen“: Fachleute, die durch ihre berufliche Rolle in das Stigmafeld eingeweiht sind, und Nahestehende, die ein „Ehrenstigma“ tragen (Goffman, 1963, zit. nach Waldschmidt, 2022, S. 301). Sozialarbeiter*innen, Hebammen, Ärzt*innen und Berater*innen, die mit FGM/C-Betroffenen arbeiten, übernehmen in diesem Sinne die Position der „Weisen“. Sie sind weder selbst betroffen noch außenstehend, sondern bewegen sich in einem geschützten Zwischenraum, in dem das Stigma artikuliert werden darf. Diese Position bringt eigene Belastungen mit sich, etwa wenn berufliche Aktivität gegen FGM/C im privaten Umfeld als „kontaminierend“ erlebt wird oder wenn Fachkräfte aus Communities mit hoher FGM/C-Prävalenz selbst stigmatisierende Zuschreibungen erfahren.

Wie sich diese Stigma-Bewältigung konkret in der Interaktion vollzieht, zeigt Peräkylä (2024) in einer konversationsanalytischen Untersuchung psychiatrischer Erstgespräche. Personen, deren Verhalten als diskreditierendes Attribut behandelt wird, bewegen sich zwischen drei evaluativen Haltungen: dem Selbstvorwurf, der die verletzte Norm bestätigt; der Abschwächung des Vorwurfs durch Verantwortungsverlagerung und Eindrucksmanagement; und der Zurückweisung des Vorwurfs, die sich von der normsetzenden Gemeinschaft distanziert. Diese drei Haltungen entsprechen Goffmans (1963) drei Grundstrategien der Stigmabewältigung (Peräkylä, 2024). Übertragen auf die Arbeit mit FGM/C-betroffenen Frauen verdeutlicht dieser Befund, dass Offenlegung kein einmaliger Akt, sondern ein fortlaufend ausgehandelter Prozess ist, in dem Klientinnen ihr Selbstbild gegenüber der Fachkraft als Repräsentantin der normsetzenden Gemeinschaft positionieren.

Während Goffman erklärt, was zwischen stigmatisierter und stigmatisierender Position geschieht, beschreibt das Developmental Model of Intercultural Sensitivity (DMIS) von Milton Bennett prozessual, was im Erleben der Fachkraft selbst stattfindet, wenn sie mit kulturell anderen Klientinnen arbeitet. Bennett (1986, 2017) unterscheidet entlang einer konstruktivistischen Wahrnehmungstheorie sechs Stufen auf einem Kontinuum von Ethnozentrismus zu Ethnorelativismus: die ethnozentrischen Stufen *Denial*, *Defense* und *Minimization*, in denen kulturelle Differenz geleugnet, dichotom abgewertet oder universalistisch eingeebnet

wird, sowie die ethnorelativen Stufen *Acceptance*, *Adaptation* und *Integration*, in denen Differenz als gleichwertige Konstruktion anerkannt, situativ übernommen und schließlich in eine multikulturelle Identität integriert wird (Bennett, 2017).

Bennett (2017) betont, dass die Bewegung über die Stufen weder linear noch garantiert verläuft. Insbesondere der Übergang von *Minimization* zu *Acceptance* ist störanfällig: Wenn Fachkräfte mit kulturellen Praktiken konfrontiert werden, die ihren eigenen Werten fundamental widersprechen, fallen sie häufig in die *Defense*-Stufe zurück. Im FGM/C-Kontext ist genau diese Konstellation paradigmatisch: Die Praxis verletzt grundlegende körperliche Rechte und ist in Deutschland zu Recht strafbar (Prognos AG, 2025); zugleich erfordert die professionelle Arbeit mit betroffenen Frauen eine kulturell sensible Haltung, die die Klientinnen nicht zusätzlich entwertet. Fachkräfte stehen damit vor einer doppelten Anforderung: einerseits einen klaren menschenrechtlichen Standpunkt zu vertreten, andererseits in der konkreten Begegnung ethnorelativ und nicht ethnozentrisch zu kommunizieren (Nyangweso, 2014, S. 79–98). Bennett (2017) bietet mit der Unterscheidung zwischen *Acceptance* als ethnorelativer Wahrnehmung und klar formulierter ethischer Stellungnahme das theoretische Werkzeug, diese Anforderung nicht in einen Widerspruch zu verwandeln, sondern als professionelle Doppelaufgabe zu bearbeiten.

Während Bennett eine Entwicklungslogik beschreibt, formuliert das Konzept der Cultural Humility, in welcher Haltung Fachkräfte sich überhaupt auf diesen Entwicklungsprozess einlassen können. Der Begriff geht auf die US-amerikanischen Medizinerinnen Melanie Tervalon und Jann Murray-García (1998) zurück, die ihn als kritische Alternative zum damals vorherrschenden Konzept der *cultural competence* einführten. Während kulturelle Kompetenz Wissen über andere Kulturen als erreichbares Lernziel definiert, beschreibt Cultural Humility einen lebenslangen Prozess der Selbstreflexion und Selbstkritik, der Machtungleichgewichte in der Beziehung zwischen Fachkraft und Klientin ausdrücklich adressiert (Tervalon & Murray-García, 1998, zit. nach Loue, 2023, S. 116). Foronda et al. (2016) systematisierten den Ansatz in einer Konzeptanalyse und definieren Cultural Humility als *„Prozess der Offenheit, Selbstwahrnehmung, Ego-Verzicht und*

Einbeziehung von Selbstreflexion und Kritik nach dem bereitwilligen Interagieren mit unterschiedlichen Individuen“ (Foronda et al., 2016, zit. nach Loue, 2023, S. 117).

Cultural Humility und Cultural Competence schließen einander nicht aus, sondern wirken komplementär: Demut liefert die Haltung, Kompetenz das aktualisierbare Wissen; mit der Structural Competency bilden sie aufeinander aufbauende Ebenen professioneller Arbeit (López-Calvo et al., 2023; Constantinou et al., 2022). Operationalisiert wurde die Haltung unter anderem über das QIAN-Curriculum (Chang et al., 2012) und das ORCA-Modell (Grauf-Grounds & Rivera, 2020). Im FGM/C-Kontext trägt Cultural Humility besonders, weil das Feld von Wissensasymmetrien, sprachlichen Hürden und Migrationsbiografien geprägt ist; eine humility-orientierte Haltung erlaubt, diese Asymmetrie zu benennen, statt sie durch das Postulat kultureller Expertise zu überdecken.

Bezogen auf die Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen lassen sich die drei Ansätze als einander ergänzende Erklärungsperspektiven verstehen. Goffmans Stigma-Theorie erklärt, warum betroffene Frauen häufig schweigen, Erfahrungen verbergen und Versorgungsangebote spät oder gar nicht in Anspruch nehmen; sie verdeutlicht zugleich die Position der Fachkräfte als „Weise“ in einem stigmatisierten Feld. Bennetts DMIS beschreibt die Entwicklungsstufen, die Fachkräfte durchlaufen, wenn sie kulturell sensible Handlungsfähigkeit aufbauen, und macht die typischen Rückfallrisiken sichtbar. Cultural Humility schließlich liefert die Haltung, mit der dieser Entwicklungsprozess dauerhaft getragen werden kann, ohne in die Versuchung statischer Kulturmodelle zu verfallen.

2.2.3 Kognitive Herausforderungen

Die kognitive Ebene der Herausforderungen von Fachkräften im Arbeitsfeld FGM/C beschreibt die Prozesse der Wahrnehmung, Bewertung und Reflexion, mit denen Fachkräfte berufliche Situationen einordnen und ihr eigenes Handeln steuern. Zur theoretischen Erfassung dieser Prozesse werden im Folgenden drei Modelle vorgestellt. Lazarus und Folkman (1984) erklären mit dem Konzept der kognitiven Bewertung, wie Situationen subjektiv eingeschätzt werden. Ferner beschreibt die Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung das Vertrauen in die

eigene Handlungsfähigkeit (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Des Weiteren richtet das Konzept der reflexiven Praxis den Blick auf die Reflexion im und über professionelles Handeln (Hommel et al., 2023).

Der Prozess der kognitiven Bewertung steht bereits im transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) im Mittelpunkt. Wie in Kapitel 2.2.1 dargestellt, prüft die Person im *primary appraisal*, ob eine Situation für ihr Wohlbefinden bedeutsam ist, und im *secondary appraisal*, welche Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Auf der kognitiven Ebene zeigt sich, dass die Belastung nicht aus der objektiven Situation, sondern aus der subjektiven Einschätzung resultiert. Lazarus und Folkman (1984) heben hervor, dass insbesondere die Diskrepanz zwischen wahrgenommener Anforderung und verfügbaren Ressourcen kognitive Belastungen auslöst. Im Sinne des Modells wird die kognitive Dimension damit nicht als ein getrennter, sondern als wechselseitig mit der emotionalen Reaktion verbundener Prozess verstanden.

Eine ergänzende Perspektive liefert die Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung des kanadisch-amerikanischen Psychologen Albert Bandura, die im deutschsprachigen Raum insbesondere durch Schwarzer und Jerusalem (2002) rezipiert wurde. Selbstwirksamkeit beschreibt die subjektive Überzeugung einer Person, eine konkrete Handlung erfolgreich ausführen zu können. Diese Überzeugung beeinflusst sowohl die Wahl von Handlungszielen als auch die Ausdauer und Anstrengungsbereitschaft im Umgang mit Schwierigkeiten. Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung gehen Herausforderungen aktiver an, während eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung mit Vermeidungsverhalten und kognitiver Unsicherheit einhergeht (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Schwarzer und Jerusalem (2002) übertragen das Konzept zudem auf berufliche Kontexte, in denen professionelle Selbstwirksamkeit als zentrale Ressource für Handlungsfähigkeit unter Unsicherheit gilt.

Eine weitere kognitive Perspektive eröffnet das Konzept der reflexiven Praxis von Donald Schön (1983, zit. nach Hommel et al., 2023). Demnach unterscheidet Schön zwischen *reflection-in-action*, der Reflexion während des professionellen Handelns, und *reflection-on-action*, der nachträglichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln. Der Prozess der reflexiven Praxis beschreibt dabei eine

professionelle Haltung, die das eigene Handeln in komplexen und unklaren Situationen kontinuierlich hinterfragt und weiterentwickelt. Hommel et al. (2023) erweitern dieses Konzept zu einem Modell beruflicher Reflexion, das individuelle, Team- und organisationale Ebenen unterscheidet und Reflexion als zentrale Ressource für Selbst- und Praxisentwicklung versteht. Damit zielt der Ansatz auf einen Zugang zur kognitiven Bewältigung professioneller Komplexität ab, der nicht auf festgelegtem Fachwissen, sondern auf reflexiver Beweglichkeit basiert. In der Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen wird aus den drei Modellen deutlich, dass laut Lazarus und Folkman (1984) kognitive Belastungen entstehen, wenn Fachkräfte komplexe Lebenslagen ihrer Klientinnen einschätzen müssen, ohne über ausreichende Informationen oder klare Handlungsrichtlinien zu verfügen. Ferner erklärt das Konzept der Selbstwirksamkeit, dass die Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz das berufliche Verhalten in unsicheren Situationen wesentlich beeinflusst (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Schließlich verweist das Konzept der reflexiven Praxis darauf, dass professionelle Handlungsfähigkeit im Feld FGM/C nicht nur durch theoretisches Fachwissen, sondern vor allem durch eine fortlaufende reflexive Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln entsteht (Hommel et al., 2023; Ihring, 2015).

2.3 Bewältigungsstrategien von Fachkräften

Während Kapitel 2.2 die berufsspezifischen Herausforderungen entlang emotionaler, sozialer und kognitiver Dimensionen geordnet hat, richtet sich der Blick im folgenden Kapitel auf die Bewältigungsstrategien, mit denen Fachkräfte diesen Anforderungen begegnen. Theoretisch wird Bewältigung im Folgenden in einem doppelten Rahmen verortet: einerseits in der klassischen Stress- und Coping-Forschung im Anschluss an Lazarus und Folkman (1984) sowie Folkman (2008), andererseits in einem Ressourcen- und Resilienzverständnis, das individuelle Bewältigung in den Kontext sozialer und struktureller Ressourcen einbettet (Cohen & Wills, 1985; Whittenbury et al., 2025; Hobfoll, 2002).

Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden in ihrem transaktionalen Stressmodell zwei zentrale Formen der Bewältigung: problemfokussiertes Coping zielt auf die Veränderung der belastenden Situation selbst, emotionsfokussiertes Coping

auf die Regulation der mit ihr verbundenen Emotionen. Folkman (2008) ergänzte dieses Modell um meaning-focused coping, also die Suche nach Sinn, Werten und persönlicher Bedeutung in belastenden Situationen. Diese dritte Form wirkt insbesondere dann stabilisierend, wenn weder die Situation noch die unmittelbaren Emotionen kurzfristig veränderbar sind, was im Arbeitsfeld FGM/C aufgrund der häufig nicht kurzfristig zu beeinflussenden strukturellen Bedingungen einen besonderen Stellenwert hat.

Neben den genannten Coping-Konzepten gewinnt seit einigen Jahren das Resilienz-Konzept an Bedeutung. Resilienz wird dabei nicht mehr ausschließlich als individuelle Eigenschaft, sondern als prozesshaftes Zusammenspiel multipler Ressourcen auf individueller, sozialer und struktureller Ebene verstanden (Ungar, 2011; Whittenbury et al., 2025). Whittenbury et al. (2025) beschreiben in ihrem Resilience Portfolio Model für Fachkräfte, die mit sekundärem Trauma konfrontiert sind, drei zentrale Ressourcenbündel: Regulatory Strengths (Strategien der Selbstregulation und Sinnfindung), Interpersonal Strengths (soziale Bindungen, Vertrauen, kollegiale Unterstützung) und Meaning-Making Strengths (Werteorientierung, berufliche Identität, Sinnstiftung). Übertragen auf das Arbeitsfeld FGM/C ergänzen diese Ressourcen die klassischen Coping-Kategorien um eine ausdrücklich ressourcenorientierte Perspektive, die nicht nur fragt, woran Fachkräfte leiden, sondern auch, woraus sie ihre Handlungsfähigkeit speisen.

Ergänzend liefert das Modell der Conservation of Resources (Hobfoll, 2002) einen integrativen Rahmen, der Belastung als Verlust und Bewältigung als Schutz oder Aufbau von Ressourcen begreift. Ressourcen werden dabei in materielle, persönliche, soziale und energetische Ressourcen differenziert. Cohen und Wills (1985) belegen zudem die zentrale Bedeutung sozialer Unterstützung als Schutzfaktor bei beruflichen Belastungen, sowohl als allgemein wirkender Hauptfaktor als auch als puffernde Variable in akuten Belastungssituationen. In Verbindung mit dem Resilience Portfolio Model erlauben diese Ansätze, Bewältigungsstrategien systematisch entlang der drei theoriegeleitet gebildeten Dimensionen zu verorten: emotional (Regulation belastender Affekte), sozial (Aktivierung interpersonaler Ressourcen) und kognitiv (Bewertung, Reflexion, Sinnstiftung). Diese

drei Dimensionen werden in den folgenden Unterkapiteln theoretisch ausgeführt und auf den Kontext FGM/C bezogen.

2.3.1 Emotionale Bewältigungsstrategien

Emotionale Bewältigungsstrategien zielen auf die Regulation der Emotionen, die in der Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen entstehen. Im Sinne des transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Folkman, 1984) handelt es sich um emotionsfokussiertes Coping, das immer dann an Bedeutung gewinnt, wenn die Situation selbst nur begrenzt veränderbar ist. Für Fachkräfte im FGM/C-Kontext gilt dies in besonderer Weise: Die Lebensgeschichten der Klientinnen lassen sich nicht ungeschehen machen, und auch viele Rahmenbedingungen (Aufenthaltsstatus, Versorgungslücken) entziehen sich der individuellen Einflussnahme. Emotionale Regulation wird damit zur Voraussetzung professioneller Handlungsfähigkeit (Chen et al., 2023).

Im Sinne des emotionsfokussierten Copings (Lazarus & Folkman, 1984) richten sich solche Strategien auf die Senkung der physiologischen Stressreaktivität und die Wiederherstellung emotionaler Balance, ohne die auslösende Situation selbst zu verändern (Kaluza, 2018). Lässt sich weder die Situation noch die unmittelbare Emotion kurzfristig beeinflussen, gewinnt das meaning-focused coping nach Folkman (2008) an Gewicht, indem das eigene berufliche Handeln als bedeutungsvoll erlebt und dadurch stabilisiert wird. Eine solche emotionale Regulation gilt zugleich als Schutz vor chronischer Überlastung und sekundärer Traumatisierung (Cocker & Joss, 2016; Henderson et al., 2025).

Im Anschluss an das Resilience Portfolio Model (Whittenbury et al., 2025) lassen sich diese Strategien als Regulatory Strengths verstehen. Regulatorische Stärken umfassen die Fähigkeit zur Affektregulation, zur Steuerung des eigenen Erregungsniveaus sowie zur bewussten Aktivierung erholungsfördernder Aktivitäten. Sie sind nicht als angeborene Eigenschaften, sondern als erlern- und trainierbare Kompetenzen zu verstehen, deren systematische Pflege Voraussetzung für nachhaltige professionelle Tätigkeit ist (Kaluza, 2018; Ungar, 2011). Im Feld FGM/C kommt hinzu, dass emotionale Bewältigung nicht nur die Reaktion auf einzelne belastende Situationen reguliert, sondern auch die Konfrontation mit

kumulativer Belastung absorbieren muss, die sich aus der wiederholten Auseinandersetzung mit Gewalt- und Migrationserfahrungen ergibt.

2.3.2 Soziale Bewältigungsstrategien

Soziale Bewältigungsstrategien beziehen sich auf die Aktivierung und Nutzung interpersonaler Ressourcen. Cohen und Wills (1985) haben mit ihrem klassischen Modell der sozialen Unterstützung gezeigt, dass soziale Bindungen sowohl direkt auf das Wohlbefinden wirken (Haupteffekt) als auch als Puffer in akuten Belastungssituationen fungieren (Pufferhypothese). Im beruflichen Kontext erstreckt sich soziale Unterstützung über mehrere Ebenen: institutionalisierte Formate wie Supervision und Intervision, informelle kollegiale Beratung, professionelle Netzwerke sowie das private Umfeld der Fachkraft.

Supervision gilt insbesondere in der Sozialen Arbeit, der Psychotherapie und der psychosozialen Beratung als zentrales Instrument der Reflexion und Entlastung (Belardi, 2018). Sie ermöglicht die strukturierte Auseinandersetzung mit beruflichen Belastungen, die Bearbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen sowie die Auseinandersetzung mit eigenen blinden Flecken. Intervision und kollegialer Austausch ergänzen Supervision durch niedrigschwellige, alltagsnahe Formate, in denen Fachkräfte ihre Erfahrungen miteinander teilen, Handlungsoptionen diskutieren und sich gegenseitig stützen können.

Über die unmittelbare Arbeitsumgebung hinaus stellen Fachnetzwerke eine zentrale soziale Ressource dar. Sie bündeln Expertise, ermöglichen den Austausch zu Fallkonstellationen und schaffen Sichtbarkeit für ein in der Versorgungslandschaft randständiges Thema. Im Resilience Portfolio Model (Whittenbury et al., 2025) werden diese sozialen Ressourcen als Interpersonal Strengths gefasst und umfassen Vertrauen, Bindungsfähigkeit, kollegialen Zusammenhalt und das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer beruflichen Gemeinschaft. Schließlich nimmt das private soziale Netz eine wichtige Rolle ein. Familie, Partner*innen und Freund*innen wirken als zusätzlicher Resonanzraum und tragen dazu bei, dass Fachkräfte die emotionale Belastung der beruflichen Tätigkeit nicht isoliert tragen müssen (Hobfoll, 2002).

2.3.3 Kognitive Bewältigungsstrategien

Kognitive Bewältigungsstrategien umfassen Prozesse der Bewertung, Strukturierung und Sinnstiftung. Sie entsprechen weitgehend dem problemfokussierten Coping nach Lazarus und Folkman (1984), das auf die aktive Auseinandersetzung mit der belastenden Situation gerichtet ist, sowie dem meaning-focused coping (Folkman, 2008), das auf kognitive Neubewertung und Sinngebung zielt. Im Feld FGM/C sind kognitive Strategien besonders relevant, weil die Komplexität der Fälle, die unklare Evidenzlage und die kulturelle Vielschichtigkeit eine kontinuierliche kognitive Strukturierungsarbeit erfordern (Hommel et al., 2023).

Eine zentrale Rolle spielt das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura, das von Schwarzer und Jerusalem (2002) für den deutschsprachigen Raum operationalisiert wurde. Selbstwirksamkeit beschreibt die subjektive Überzeugung, in einer gegebenen Situation handlungsfähig zu sein und auf dieser Grundlage erwünschte Ergebnisse erzielen zu können. Empirisch ist sie eng mit der Wahl konstruktiver Bewältigungsstrategien, der Persistenz im Umgang mit Schwierigkeiten und der Reduktion stressbedingter Symptome verbunden. Für Fachkräfte im FGM/C-Kontext kann Selbstwirksamkeit insbesondere durch gezielte Fortbildung, klare Handlungsleitlinien sowie positive Rückmeldungen aus der eigenen Tätigkeit aufgebaut und stabilisiert werden.

Eine zweite zentrale kognitive Strategie ist die reflexive Praxis. In Anlehnung an Schön (1983) und in der aktuellen Rezeption bei Hommel et al. (2023) wird darunter ein berufliches Handeln verstanden, das fortlaufend auf die eigene Praxis zurückblickt, eigene Annahmen prüft und Veränderungsbedarfe identifiziert. Reflexive Praxis verbindet kognitive Bewältigung mit professioneller Weiterentwicklung und ermöglicht es, Belastungserfahrungen nicht nur zu absorbieren, sondern auch produktiv in die Weiterentwicklung der eigenen Handlungskompetenz zu überführen. Im FGM/C-Kontext umfasst sie unter anderem die Reflexion eigener Privilegien, kultureller Vorannahmen und intersektionaler Positionierungen (Foronda et al., 2016; Metzl & Hansen, 2014).

Ergänzend lassen sich kognitive Bewältigungsstrategien als Meaning-Making Strengths im Sinne des Resilience Portfolio Model (Whittenbury et al., 2025) verstehen. Dazu zählen die bewusste Anbindung der beruflichen Tätigkeit an

persönliche Werte, die Identifikation mit der eigenen Profession sowie die Fähigkeit, auch in belastenden Situationen einen übergeordneten Sinn zu erkennen. Ein etabliertes Beispiel hierfür ist das expressive Schreiben, das in der Stressforschung als wirksame Strategie zur kognitiv-emotionalen Verarbeitung belastender Erfahrungen gilt (Pennebaker & Smyth, 2016). Welche konkreten Strategien die Fachkräfte im Feld FGM/C einsetzen, wird im Ergebnisteil rekonstruiert (Kap. 5.3.3).

3 Forschungsstand und Annahmen

Nachstehend erfolgt ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Herausforderungen und Handlungsstrategien von Fachkräften im gesundheitlichen Versorgungskontext (Kapitel 3.1). Anschließend wird die bestehende Forschungslücke herausgearbeitet, insbesondere hinsichtlich unzureichender Erkenntnisse zu den subjektiven Belastungserfahrungen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit FGM/C-betroffenen Patientinnen. Abschließend werden die Forschungsfragen sowie begründete Annahmen dargelegt, die im empirischen Teil überprüft werden. In diesem Kapitel werden die zentralen Studien aus dem deutschsprachigen Raum und europäischen Nachbarländern vorgestellt und kritisch eingeordnet.

3.1 Studienlage zur Fachkräfteperspektive

Eine in der Schweiz durchgeführte Studie des schweizerischen Nationalkomitees für UNICEF gemeinsam mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern zeigte, dass zahlreiche Fachkräfte bereits Kontakt zu Betroffenen hatten: 61% der Gynäkolog*innen, 38% der Hebammen, 6,3% der Kinderärzt*innen sowie 8% der befragten Beratungsstellen. In allen Berufsgruppen wurde gleichzeitig ein großer Bedarf an weiterführenden Informationen und Schulungen deutlich. Daher sprachen sich die Befragten dafür aus, das Thema FGM/C stärker in Aus- und Fortbildungsprogramme aufzunehmen (UNICEF, 2005a). Bezüglich der Rekonstruktion der Vulva betont O'Dey (2023) ergänzend, dass die Versorgung auf FGM/C spezialisierte Einrichtungen eine umfassende

fachliche Ausstattung sowie gut qualifiziertes und engagiertes Personal erfordert. Dabei setzt die Behandlung von Patientinnen mit FGM/C ein hohes Maß an Professionalität, sorgfältiger Arbeitsweise und fachlicher Kompetenz voraus (O'Dey, 2023).

Auf internationaler Ebene fasst das Review *"Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice"* von Zurynski et al. (2015) 18 quantitative Studien aus 13 Ländern zum Wissensstand, zu Einstellungen und zur klinischen Praxis von Fachkräften im Umgang mit FGM/C zusammen. Dabei wurden überwiegend Gynäkolog*innen, Geburtshelfer*innen und Hebammen befragt; gleichzeitig wurden Psycholog*innen in keiner Studie als eigenständige Berufsgruppe erfasst. Deutlich wird, dass die meisten Fachkräfte sich der Praxis zwar bewusst sind, jedoch die vier WHO-Typen beispielsweise nicht richtig benennen können. Nur zwei der 18 Studien thematisieren psychische oder psychosoziale Folgen. Aus der Analyse geht hervor, dass evidenzbasierte Leitlinien und Schulungsmaterialien für eine kultursensible medizinische und psychologische Versorgung fehlen (Zurynski et al., 2015). Damit verweist das Review auf strukturelle Rahmenbedingungen, die für eine qualifizierte Arbeit von Fachkräften im Umgang mit FGM/C-Betroffenen notwendig wären, jedoch international bislang nicht hinreichend etabliert sind.

Die qualitative Studie *"Facilitating Factors of Professional Health Practice Regarding Female Genital Mutilation"* von Ugarte-Gurrutxaga et al. (2020) setzt sich mittels 20 Interviews und drei Fokusgruppen mit den Herausforderungen und unterstützenden Faktoren professioneller Versorgung bei FGM/C aus Sicht von 43 Fachkräften in der spanischen Region Castilla-La Mancha auseinander. Die Ergebnisse umfassen vier zentrale Themen: (1) die unzureichende Dokumentation von FGM/C, (2) die fehlende intersektorale Koordination zwischen Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, (3) flächendeckende Schulungsdefizite sowie (4) den Wunsch nach einem verbindlichen Handlungsprotokoll. Besonders spannend ist die Erkenntnis eines *"twofold discomfort"* (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2020, S. 11), eines doppelten Unbehagens, das sowohl die betroffenen Frauen als auch die Fachkräfte selbst betrifft. Die Angst, kulturell übergriffig zu wirken,

führt zu einer passiven Haltung und hat zur Folge, dass Fälle übersehen werden. Diesen Herausforderungen gegenüber werden zentrale unterstützende Faktoren wie interkulturelle Mediator*innen und verbindliche Handlungsprotokolle benannt (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2020).

Die wachsende Relevanz des Themas zeigt sich darin, dass dieselbe Forschungsgruppe drei Jahre später eine vertiefende Folgestudie mit dem Fokus auf Wissen, Einstellungen und Verhalten von Fachkräften veröffentlichte. In der Studie *"Nurses and Health Professionals Facing Female Genital Mutilation"* befragten Ugarte-Gurrutxaga et al. (2023) 47 Gesundheitsfachkräfte (Pflegekräfte, Hausärzt*innen, Pädiater*innen, Hebammen, Gynäkolog*innen) in derselben spanischen Region. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen und der Versorgungspraxis. Auch bei der Identifikation von betroffenen Frauen wird das Thema häufig ignoriert. Als zentrale Ursache dafür identifizieren die Autor*innen eine "insecurity that paralyses"* (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023, S. 6), eine lähmende Unsicherheit, die durch fehlende Schulung, Zeitmangel und die Angst vor kultureller Übergriffigkeit verstärkt wird (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023).

Die jüngsten Ergebnisse und bislang umfassendste quantitative Datengrundlage zu FGM/C in Deutschland liefert der Bericht der Prognos AG (2025) im Auftrag des BMBFSFJ, der die frühere Studie von Rambøll und dem Deutschen Netzwerk zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung (INTEGRA) aus dem Jahr 2017 fortführt. Demnach leben Ende 2024 in Deutschland schätzungsweise fast 123.000 Frauen und Mädchen, die von FGM/C betroffen oder bedroht sind. Davon sind etwa 86.500 Frauen von FGM/C betroffen; hinzu kommen rund 11.100 potenziell betroffene sowie bis zu 25.000 von FGM/C bedrohte Mädchen. Die Zahl der betroffenen Frauen ist gegenüber der letzten Datenveröffentlichung von 2017 um 83% und seit 2022 um 17% gestiegen, die Zahl der bedrohten Mädchen seit 2022 um 24%. Die stärksten Herkunftsländer bilden Eritrea und Somalia mit jeweils rund 20% sowie Ägypten mit etwa 13%. Die Studie weist auf einen Handlungsbedarf im Bereich der medizinischen und psychosozialen Versorgung der betroffenen Frauen und Mädchen hin und betont, dass Maßnahmen zur Prävention, zum Schutz und zur Versorgung ineinandergreifen müssen. Zudem hält der

Bericht fest, dass eine systematische Erfassung von FGM-bezogenen Asylfällen bislang nicht existiert (Prognos AG, 2025). Die Prognos-Studie zeigt damit zwar auf, dass die Zahl der von FGM/C betroffenen Frauen und Mädchen in Deutschland weiter steigt, enthält jedoch keine Befragung der Fachkräfteperspektive zu ihrem Versorgungsauftrag.

Im Gegensatz dazu enthält die Studie von Rambøll und INTEGRA (2017) einen kleinen qualitativen Teil mit Fachkräften (n=11, darunter Ärzt*innen, Psycholog*innen, Anwält*innen und Vertreter*innen von Migrant*innenselbstorganisationen). Die befragten Fachkräfte berichten über Unsicherheit im Kontakt mit Betroffenen, Vermeidungsverhalten beim aktiven Ansprechen sowie einen übereinstimmend hohen Schulungsbedarf (Rambøll & INTEGRA, 2017).

Eine erste eigenständige quantitative Fachkräftebefragung *"Challenges perceived by social workers to prevent FGM/C in Bavaria"* liefert die Studie von Seifert et al. (2024) mit 141 Fachkräften, überwiegend Sozialpädagog*innen, in Schwangerschaftsberatungsstellen in Bayern. Rund 82% der befragten Fachkräfte schätzen ihr Wissen zu FGM/C als unzureichend ein. Als zentrale Herausforderungen werden Sprachbarrieren (82,7%), die wahrgenommene Scham der Klientinnen (67,9%), kulturelle Barrieren (45,7%) und eigene fehlende Kompetenzen (29,6%) genannt. Darüber hinaus geben 67,4% an, nie an einer FGM/C-Fortbildung teilgenommen zu haben; gleichzeitig fordern 92% spezifische Schulungen. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse empfehlen die Autorinnen Seifert**,** Mürdter und Schmidt (2024) qualitative Folgestudien, um die Herausforderungen von Fachkräften vertieft zu untersuchen (Seifert et al., 2024). Daher decken sich die quantitativen Ergebnisse von Seifert et al. (2024) mit den oben dargestellten Ergebnissen von Zurynski et al. (2015) bezüglich des unzureichenden Wissensstands und des hohen Schulungsbedarfs.

Eine weitere qualitative Studie aus dem außereuropäischen Raum liefern Ogunsiji et al. (2023) mit *"Experiences of Primary Healthcare Workers in Australia towards Women and Girls Living with Female Genital Mutilation/Cutting"*. Mittels interpretativer phänomenologischer Analyse (IPA) wurden 19 primärversorgende Fachkräfte (u. a. Allgemeinmediziner*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen) in face-to-face- und Telefoninterviews befragt. Dabei wurden drei Hauptthemen

wurden identifiziert: (1) Wissensstand und Fortbildungsbedarf zu FGM/C, (2) Erfahrungen in der Versorgung betroffener Frauen sowie (3) Best-Practice-Ansätze. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die befragten Fachkräfte lediglich über Grundkenntnisse zu FGM/C verfügten und kaum praktische Erfahrung im Umgang mit betroffenen Frauen hatten, was ihre Haltung und Handlungssicherheit beeinträchtigte (Ogunsiji et al., 2023).

Aus dem Hochprävalenzland Liberia stellen Tarr-Attia et al. (2019) mit *"Birds of the same feathers fly together"* eine weitere qualitative Untersuchung vor. In dieser durchgeführten Grounded-Theory-Studie wurden 17 Hebammen in vertiefenden Interviews zu ihren Erfahrungen mit FGM/C-betroffenen schwangeren Frauen befragt. Die Hebammen berichteten von häufigen FGM/C-bedingten Komplikationen wie sexuellen Funktionsstörungen und intrapartalen vulvoperinealen Verletzungen, denen sie aufgrund fehlender Kenntnisse und Fertigkeiten teilweise nicht adäquat begegnen konnten. Die Studie verweist damit auf den international wiederkehrenden Befund struktureller Versorgungs- und Qualifikationsdefizite, die auch in Niedrigprävalenzkontexten relevant sind (Tarr-Attia et al., 2019).

Trotz der dargestellten Studien zeigt sich eine grundsätzliche Lücke in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit FGM/C. Hinzu kommt, dass sich die internationale Forschung zu FGM/C überwiegend auf die Perspektive der Betroffenen konzentriert (Bruchhaus, 2014; Cloward, 2016; Feuerbach, 2011; Ihring, 2015; UNICEF, 2005b). Quantitative Studien dokumentieren erhöhte Raten an PTBS, Depression, Angst und Somatisierung bei Betroffenen (Behrendt & Moritz, 2005; Keles et al., 2025; Reman et al., 2023). Das systematische Review von Evans et al. (2019a) fasst allein 57 qualitative Studien zu den Versorgungserfahrungen FGM/C-betroffener Frauen und Mädchen in OECD-Ländern zusammen und veranschaulicht damit die Dichte der Forschung aus Betroffenenperspektive, etwa zu hausärztlicher Betreuung (Kawous et al., 2020) oder zu Retraumatisierungserfahrungen während der Geburt (Wood et al., 2021). Demgegenüber bleibt die Perspektive der behandelnden Fachkräfte systematisch unterrepräsentiert: Das parallel angelegte Review von Evans et al. (2019b) zur Fachkräfteperspektive identifiziert deutlich weniger Studien und verweist insbesondere auf fehlende

Versorgungspfade, mangelnde Schulungsangebote und einen hohen Bedarf an FGM/C-spezifischen Zentren zur Unterstützung der Regelversorgung.
Diese Forschungslücke wird durch das systematische Review *“What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation?”* der Verfasserinnen Abdulcadir, Say und Pallitto (2017) im Auftrag der WHO untermauert. Die Autorinnen betonen mehrere zentrale Lücken in der bisherigen Erforschung der Fachkräfteperspektive zu FGM/C. Als zentrales Ergebnis halten sie dabei fest, dass die Gefühle der Fachkräfte gegenüber Betroffenen in lediglich einer einzigen Studie überhaupt erhoben wurden. Ferner wurden persönliche und kulturelle Einstellungen der Fachkräfte ausschließlich in Hochprävalenzländern erfasst und nicht in Hocheinkommensländern: *“cultural beliefs of healthcare professionals regarding women with FGM were not assessed in high income countries” (*Abdulcadir et al., 2017, S. 9). Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass die Wirksamkeit von Schulungen für Fachkräfte international nicht systematisch evaluiert wird und Themen wie psychosexuelle Versorgung, Kinderschutz und Prävention in den bestehenden Erhebungsinstrumenten kaum berücksichtigt werden (Abdulcadir et al., 2017).
Zusammenfassend zeigt der Forschungsstand, dass Fachkräftebefragungen meist quantitativ angelegt sind. Qualitative Studien zur Fachkräfteperspektive existieren bislang vor allem im europäischen Ausland und beziehen sich überwiegend auf Gesundheitsfachkräfte. Eine systematische Erhebung zum Erleben der emotionalen, sozialen und kognitiven Herausforderungen sowie zu den Bewältigungsstrategien von Fachkräften, die mit Betroffenen von FGM/C arbeiten, liegt für den deutschsprachigen Raum bislang nicht vor. An dieser Stelle setzt das vorliegende Forschungsvorhaben an und versucht, die Forschungslücke in diesem Feld zu schließen.

3.2 Fragestellungen und Begründete Annahmen

Obwohl FGM/C in öffentlichen und professionellen Diskursen häufig aus medizinischer oder pathologisierender Perspektive betrachtet wird, bleibt die Perspektive der Fachkräfte, die mit den betroffenen Frauen arbeiten, bislang weitgehend unerforscht. Besonders unklar ist, welche emotionalen, sozialen und kognitiven

Belastungen Fachkräfte ausgesetzt sind und wie sie diese professionell bewältigen. Aus dem dargestellten Forschungsstand sowie den theoretischen Grundlagen (Schwarzer & Jerusalem, 2002; Cohen & Wills, 1985; Figley, 1995; Folkman, 2008; Lazarus & Folkman, 1984) lassen sich für die vorliegende Arbeit sechs begründete Annahmen ableiten. Diese gliedern sich entlang der beiden Forschungsfragen in drei Untersuchungsdimensionen (emotional, sozial, kognitiv). Die Differenzierung in den genannten Dimensionen orientiert sich am transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984), das Stress als Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt versteht. Demnach erfolgt die Bewältigung über kognitive Bewertungsprozesse sowie über emotions- und problemfokussiertes Coping. Folkman (2008) erweiterte das Modell um *meaning-focused coping*, also die Sinnsuche als dritte Bewältigungsform. Cohen und Wills (1985) belegen darüber hinaus die Bedeutung sozialer Unterstützung als Schutzfaktor bei beruflichen Belastungen. Für Fachkräfte sind insbesondere Supervision, Intervision, kollegialer Austausch und Fachnetzwerke etablierte Formen dieser Ressource.
Aufgrund der aufgezeigten Forschungslücke lässt sich die übergeordnete Forschungsfrage dieser Arbeit ableiten:
„Welche Herausforderungen erleben Fachkräfte im Umgang mit Frauen, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen sind, und welche Strategien wenden sie zur Bewältigung dieser Herausforderungen an?“
Um diese Hauptfrage entlang der drei Dimensionen (emotional, sozial, kognitiv) systematisch bearbeiten zu können, wird sie in zwei Forschungsfragen untergliedert:

Forschungsfrage 1: „Welche spezifischen Herausforderungen erleben Fachkräfte im Umgang mit Frauen, die von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM/C) betroffen sind?“

B.A.1: Im Umgang mit FGM/C-betroffenen Frauen sind Fachkräfte emotionalen Belastungen ausgesetzt.

B.A.2: Fachkräfte sind im Kontext von FGM/C mit sozialen und kommunikativen Herausforderungen im beruflichen Kontakt konfrontiert.

B.A.3: Im professionellen Umgang mit FGM/C sind Fachkräfte mit zahlreichen kognitiven Herausforderungen konfrontiert.

Abbildung 1

Übersicht der begründeten Annahmen entlang der beiden Forschungsfragen



Anmerkung. Eigene Darstellung der begründeten Annahmen

Forschungsfrage 2: „Welche Bewältigungsstrategien und Ressourcen nutzen Fachkräfte im Umgang mit FGM/C-betroffenen Frauen?“

Ausgangspunkt bildet die Annahme, dass Fachkräfte im Kontext von FGM/C vergleichbare Strategien wie andere Fachkräfte in sozialen Berufen erleben. Da die Auseinandersetzung mit FGM/C jedoch im Besonderen mit vielen Herausforderungen wie Tabuisierung, Sprach- und Kulturbarrieren, Diskriminierungserfahrungen, strukturellen Versorgungsdefiziten und traumabezogener Belastung einhergeht, ist von Interesse, ob darüber hinaus spezifische Bewältigungsstrategien im Umgang damit existieren.

B.A.4: Fachkräfte setzen zur Regulation emotionaler Beanspruchung emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien ein.

B.A.5: Fachkräfte nutzen soziale Ressourcen aus ihrem Umfeld, um beruflichen Belastungen im Kontext von FGM/C zu begegnen.

B.A.6: Fachkräfte setzen kognitive Bewältigungsstrategien ein, um in einem ethisch komplexen Arbeitsfeld handlungsfähig zu bleiben.

Die empirische Überprüfung der vorgestellten Annahmen wird im nachstehenden Kapitel dargelegt.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Studiendesign

In der vorliegenden qualitativen Untersuchung wurden im Rahmen einer explorativ angelegten Querschnittsstudie Fachkräfte aus der Versorgungslandschaft mithilfe von Expert*inneninterviews zu ihrem subjektiven Empfinden hinsichtlich ihrer Herausforderungen sowie der von ihnen genutzten Bewältigungsstrategien im Umgang mit Frauen, die von (FGM/C) betroffen sind, befragt. Die Wahl eines qualitativen Ansatzes fußt auf dem wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse, die subjektiven beruflichen Erfahrungen multidisziplinärer Fachkräfte in diesem Themenfeld in ihrer Tiefe zu erfassen. Dabei zielt das qualitative Studiendesign auf die Rekonstruktion von persönlichen Herausforderungen und individuellen Bewältigungsstrategien ab. Folglich werden diese nicht isoliert betrachtet, sondern multiperspektivisch in ihrer Wechselwirkung mit intersektionalen und strukturellen Versorgungsbedingungen analysiert.

4.2 Stichprobe

Die Akquise der Stichprobe für die Expert*inneninterviews aus den Bereichen Sozialarbeit, Medizin, Psychologie und Forschung erfolgte nach einer kriterienorientierten Fallauswahl. Charakteristisch für die Befragung durch Expert*inneninterviews is weniger eine bestimmte Interviewtechnik, sondern das Ermitteln der Expertise der Befragten in ihrem jeweiligen Handlungsfeld (Bogner et al., 2014). Dabei erfolgte die Rekrutierung der sieben Untersuchungsteilnehmerinnen (n=7) mittels einer gezielten varianzmaximierten Fallauswahl (Patton, 2015), um unterschiedliche professionelle Perspektiven im Umgang mit FGM/C-betroffenen

Frauen möglichst breit zu erfassen. Die Heterogenität der Stichprobe wurde entlang mehrerer Einschlusskriterien festgelegt, die sich u.a. auf ihre berufliche Tätigkeit, das Alter, die jeweiligen Sprachkenntnisse (siehe Abbildung 2) beziehen. In die Erhebung einbezogen wurden ausschließlich Fachkräfte, die im direkten Kontakt mit der benannten Zielgruppe arbeiten und die zugleich an interdisziplinären Schnittstellen des Versorgungs- und Hilfesystems agieren. Eingeschlossen wurden volljährige Personen, die eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme und audiografischen Aufzeichnung unterschrieben und die mündliche Bereitschaft, eigene berufliche Erfahrungen, insbesondere Herausforderungen und Bewältigungsstrategien im Gespräch zu reflektieren, signalisiert hatten. Die formale Qualifikation der Befragten war ausdrücklich kein Auswahlkriterium. Maßgeblich war allein, dass die Probanden im direkten Kontakt mit den betroffenen Frauen arbeiten. Damit wird der heterogenen Versorgungslandschaft Rechnung getragen, in der FGM/C-Beratung in der Regel disziplin- und institutionsübergreifend organisiert ist und in der sich der Erfahrungswert von Fachkräften nicht entlang formaler Berufsabschlüsse, sondern entlang konkreter Versorgungssituationen ausbildet.

Abbildung 2

Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe

EINSCHLUSSKRITERIEN	AUSSCHLUSSKRITERIEN
Regelmäßiger, direkter Kontakt mit FGM/C-betroffenen Frauen (Beratung, Begleitung, Koordination)	Kein nachweisbarer, nur einmaliger oder unregelmäßiger Kontakt zur Zielgruppe
Praxisnahe berufliche Tätigkeit im Themenfeld FGM/C (unabhängig von der formalen Qualifikation)	Ausschließlich theoretische oder wissenschaftliche Beschäftigung ohne Praxisbezug
Professionelle Tätigkeit im Feld (über eine reine Selbstbetroffenheit hinaus)	Ausschließliche Selbstbetroffenheit ohne professionelle Tätigkeit im Feld
Volljährigkeit (≥ 18 Jahre)	Minderjährigkeit (< 18 Jahre)

EINSCHLUSSKRITERIEN	AUSSCHLUSSKRITERIEN
Ausreichende Deutsch- oder Englischkenntnisse für das Expert*inneninterview	Unzureichende sprachliche Verständigung für ein Interview
Schriftliche und mündliche Einwilligung zur Teilnahme und audiografischen Aufzeichnung	Fehlende Einwilligung zur Teilnahme oder audiografischen Aufzeichnung

Anmerkung. Eigene Darstellung der vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien

Ausgenommen wurden hingegen Personen, die sich ausschließlich theoretisch oder wissenschaftlich mit FGM/C beschäftigen, ohne einen praxisnahen Bezug vorzuweisen, sowie Personen, deren Berührung mit dem Themenfeld nur einmalig oder nicht regelmäßig erfolgt ist. Ausgeschlossen wurde auch eine ausschließliche Selbstbetroffenheit ohne professionelle Tätigkeit im Feld, da die Perspektive der Betroffenen nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist und aus forschungsethischen wie thematischen Gründen einer eigenständigen Untersuchung vorbehalten bleiben sollte. Der Ausschluss reiner Selbstbetroffener folgt dabei einer methodischen wie forschungsethischen Empfehlung, die Fachkräfte- und die Betroffenenperspektive nicht in einer Studie zu vermischen, sondern jeweils eigenständig zu erschließen (Schwenken, 2016). Schließlich konnten auch Personen nicht berücksichtigt werden, die nicht zu einer audiografischen Aufzeichnung oder schriftlichen Einwilligung zustimmen wollten.

Der Feldzugang erfolgte über eine schriftliche Anfrage per E-Mail an ein Beratungszentrum mit interdisziplinärem Versorgungsprofil, welches u.a. eine spezialisierte Sprechstunde sowie eine Koordinierungsstelle zum Themenfeld FGM/C innehat. In einem persönlichen Treffen mit der Projektkoordination der Einrichtung wurden die Ziele und das weitere Vorgehen der Studie vorgestellt. Die Kontaktdaten wurden ausgetauscht und notwendige Unterlagen, ein Informationsbogen und die Datenschutzerklärung wurden per Mail an das Beratungszentrum gesendet. Anschließend übernahm eine Ansprechpartnerin der Einrichtung im Prozess die Funktion einer Gatekeeperin, da sie den Erstkontakt zu mehreren Fachkräften vermittelte und über ihre Kontakte den Zugang zu Personen ermöglichte, deren Erfahrungsraum für diese Studie von hoher Relevanz war. Weitere

Befragte wurden über das Schneeballverfahren rekrutiert, indem bereits interviewte Fachkräfte Kolleg*innen aus angrenzenden Disziplinen vermittelten. Die Kombination aus institutionellem Gatekeeping und kollegialer Weiterempfehlung erlaubte zugleich eine niederschwellige Kontaktaufnahme sowie eine Erweiterung der Gruppengröße. Da im Rahmen der Untersuchung ausschließlich Fachkräfte zu ihrer beruflichen Perspektive und ihren Erfahrungen im Umgang mit FGM/C-betroffenen Frauen befragt wurden und keine besonders schutzbedürftigen Personengruppen oder sensiblen personenbezogenen Daten erhoben wurden, war kein formaler Ethikantrag erforderlich. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und unter Wahrung der Anonymität sowie Vertraulichkeit.

4.3 Material

Im Rahmen der Untersuchung wurden sieben semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit Fachkräften geführt. Die Teilnehmenden wurden zuvor per E-Mail oder telefonisch kontaktiert und um die schriftliche Einwilligungserklärung gebeten, die sie nach Einverständnis zur Teilnahme unterschrieben per E-Mail zurücksendeten (Mey & Ruppel, 2018). Außerdem erhielten die Probanden vorab einen Informationsbogen zur Studie (siehe Anlage A), in dem die Zielsetzung, der Ablauf, die Dauer und der Umgang mit den erhobenen Daten erläutert wurden. Vor der Durchführung der Hauptinterviews wurde der Leitfaden in zwei Pretest-Gesprächen auf Verständlichkeit, Dauer und inhaltlichem Aufbau überprüft und entsprechend angepasst (Kruse, 2015). Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Expert*inneninterviews, da die Befragten aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit über spezifisches Erfahrungswissen im Umgang mit FGM/C-betroffenen Frauen verfügen. Diese Form des Interviews verbindet thematische Struktur mit narrativer Offenheit und eignet sich besonders zur Rekonstruktion subjektiver beruflicher Erfahrungen, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien (Bogner et al., 2014; Helfferich, 2019; Kruse, 2015). Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte in Anlehnung an das ursprünglich von Helfferich (2011) entwickelte und von Kruse (2015) aktualisierte SPSS-Prinzip mit den vier Arbeitsschritten *Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren*. Zunächst wurden nach dem ersten Schritt *Sammeln,* ausgehend von der Forschungsfrage und den theoretischen

Vorüberlegungen, alle Fragen gesammelt, die für das Forschungsinteresse relevant erschienen. Berücksichtigt wurden dabei insbesondere die theoretischen Ansätze und Konzepte zu Herausforderungen und Bewältigungsstrategien sowie die Forschungslücke zur Fachkräfteperspektive im Kontext von FGM/C, um das Gesamtmodell der Ergebnisse am Ende abbilden zu können. Daraufhin wurden im nächsten Arbeitsschritt *Prüfen* die gesammelten Fragen auf ihre Eignung überprüft und redundante oder ungeeignete Fragen gestrichen oder überarbeitet. Daran anschließend wurden im Schritt *Sortieren* die verbliebenen Fragen in vier inhaltliche Hauptblöcke (1) Einstieg und Vorstellung, (2) emotionale, soziale und kognitive Herausforderungen, (3) Bewältigungsstrategien auf denselben drei Ebenen sowie (4) Reflexion und Abschluss sortiert. Schließlich wurden im letzten Schritt *Subsumieren* die verbliebenen Fragen hierarchisch jeweils in eine offene Erzählaufforderung als Einstieg, einen Hauptblock mit Aufrechterhaltungsfragen zur Sicherung des Erzählflusses, verbunden mit konkreten Nachfragen zur Vertiefung einzelner Aspekte sowie Reflexionsfragen am Ende strukturiert (Kruse, 2015).

Der erste Schritt des Leitfadens umfasste den (1) Einstieg sowie eine kurze Vorstellung der Interviewerin und des Forschungsvorhabens. Der Kern des Leitfadens zentriert sich auf die beiden Hauptblöcke (2) Herausforderungen und (3) Bewältigungsstrategien, die jeweils in drei weiteren Abschnitten mit den für diese Studie relevanten Ebenen (emotional, sozial, kognitiv) unterteilt sind und der Erreichung der Forschungsziele dienen. Der Hauptteil besteht dabei aus 28 Fragen, die offen formuliert wurden, um den Befragten Raum für ausführliche Schilderungen und eigene Schwerpunktsetzungen zu geben. Ergänzend wurden situationsabhängig Nachfragen eingesetzt, um Aussagen zu vertiefen, Beispiele anzustoßen oder bislang nicht angesprochene Themen zu erschließen. Schließlich bietet die offene Gesprächsform des semi-strukturierten Leitfadeninterviews einen geeigneten Rahmen für ein thematisch sensibles und schambehaftetes Thema, da Vertrauen, Sprache und Reflexion maßgeblich zur Qualität der erhobenen Daten beitragen (Helfferich, 2019; Kruse, 2015). Im letzten Block folgen Abschluss- und Reflexionsfragen sowie die Danksagung zur Teilnahme.

Der Einstieg in die Datenerhebung dient der Erläuterung des Forschungsvorhabens sowie der Vorstellung der Interviewerin. Anhand von biografischen und beruflichen Warm-up-Fragen soll eine angenehme und vertrauliche Atmosphäre hergestellt werden. Mithilfe der Erzählaufforderung *„Können Sie sich bitte kurz vorstellen?“* und Fragen zur Motivation der Berufswahl *„Warum haben Sie sich entschieden, in diesem Berufsfeld zu arbeiten?“* oder der Frage *„Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?“* wird sich dem Themenfeld genähert. Der zweite thematische Hauptblock befasst sich mit der Erhebung der Herausforderungen von Fachkräften. Die emotionale Ebene leitet mit der Frage nach den erlebten Gefühlen *„Welche Gefühle erleben Sie in der Arbeit mit betroffenen Frauen?“* ein und wird durch die Frage nach konkreten Belastungssituationen *„Können Sie eine Situation beschreiben, die Ihnen besonders schwergefallen ist?“* ausdifferenziert. In die soziale Ebene wird mit der Frage *„Gibt es Situationen, in denen die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen, den betroffenen Frauen und Familien oder Institutionen schwierig ist?“* eingeleitet und durch Fragen wie *„Fühlen Sie sich manchmal isoliert oder allein gelassen bei der Arbeit mit betroffenen Frauen?“* thematisiert. Auf der kognitiven Ebene wird der Umgang mit berufsbezogenen Anforderungen durch die Frage *„Welche Situationen erfordern besonders viel Konzentration, Entscheidungsfähigkeit oder Planung?“* oder *„Wie gehen Sie mit Unsicherheit oder schwierigen Entscheidungen in Ihrem Arbeitsalltag um?“* näher beleuchtet. Im dritten thematischen Hauptblock liegt der Fokus der Datenerhebung auf den Bewältigungsstrategien. Die emotionale Ebene leitet mit der Frage zur Selbstregulation *„Was hilft Ihnen, Ihre Gefühle bei belastenden Situationen zu regulieren?“* ein und wird durch die Frage nach Strategien und persönlichen Ressourcen *„Mit welchen Strategien schalten Sie von der Arbeit ab?“* konkretisiert. Die soziale Ebene wird mit der Frage „*Welche Unterstützung bekommen Sie von Kolleg*innen, Teams oder Supervisor*innen?“* eröffnet und durch Fragen wie *„Welche Rolle spielt Ihr soziales Umfeld bei der Bewältigung von Herausforderungen?“* vertieft. Die kognitive Ebene wird durch Fragen wie *„Welche Strategien nutzen Sie, um komplexe oder schwierige Situationen zu verstehen?“* sowie Folgefragen wie beispielsweise *„Nutzen Sie Checklisten, Leitlinien oder Fallbesprechungen, um Entscheidungen zu strukturieren?“*

erschlossen. Der letzte Block des Leitfadens, die Reflexions- und Abschlussrunde, ermittelt persönliche Lernerfahrungen sowie Empfehlungen für andere Fachkräfte. Über die Erzählaufforderung *„Was haben Sie durch Ihre Arbeit mit betroffenen Frauen über sich selbst gelernt?“* wird ein selbstreflexiver Zugang eröffnet, der durch Fragen wie *„Gibt es Erfahrungen, die Sie besonders geprägt haben?“* vertieft wird. Mit der abschließenden Frage *„Gibt es noch etwas Wichtiges, das wir bisher nicht besprochen haben?“* wird der Befragten Raum für eigene thematische Schwerpunkte gegeben und das Interview somit offen beendet. Der endgültige Leitfaden ist den Anlagen C1 (Deutsch) und C2 (Englisch) zu entnehmen.

4.4 Durchführung

Die Durchführung der semi-strukturierten Expert*inneninterviews zu ihren beruflichen Erfahrungen im Umgang mit FGM/C-betroffenen Frauen erfolgte im Zeitraum vom 12.02.2026 bis 24.04.2026. Vor jedem Interview wurden die Befragten erneut mündlich über das Forschungsvorhaben, die geplante Audioaufzeichnung sowie über ihr Widerrufsrecht informiert; die zuvor verschickte Einverständniserklärung lag vor. Je nach Verfügbarkeit und Präferenz der Befragten erfolgte die Durchführung in unterschiedlichen Settings: Zwei Interviews fanden in Präsenz in den Räumlichkeiten der jeweiligen Einrichtung statt. Aus Gründen der räumlichen Distanz wurden fünf weitere Interviews per Videocall (Zoom) geführt. Während der gesamten Erhebung wurde auf eine ruhige Atmosphäre, einen ungestörten Rahmen und eine wertschätzende Gesprächsführung geachtet. Die Interviewdauer lag zwischen 36 und 67 Minuten. Alle Interviews wurden mit Einverständnis der Teilnehmenden digital aufgezeichnet. Die Audioaufzeichnung erfolgte entweder über ein passwortgeschütztes Aufnahmegerät oder über die integrierte Aufzeichnungsfunktion der Videokonferenzplattform. Im Anschluss wurde mit dem Interview und der Audioaufzeichnung begonnen. Ergänzend wurden während des Interviews kurze schriftliche Notizen zu auffälligen Passagen, nonverbalen Reaktionen und situativen Eindrücken angefertigt, die in die anschließende Memo-Arbeit eingingen. Die Sicherung der Aufnahmedateien erfolgte ausschließlich lokal und passwortgeschützt; auf eine cloudbasierte

Speicherung wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen verzichtet. Im Anschluss wurden die Daten gemäß der DSGVO bei der Transkription pseudonymisiert und anonymisiert ausgewertet. Die Audioaufzeichnungen wurden nach Abschluss der Untersuchung dauerhaft gelöscht.

4.5 Datenanalyse

Die Audiodateien bildeten die Grundlage der anschließenden vollständigen Transkription, die sich am einfachen Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2024) orientiert. Sie erfolgte mit der Software MAXQDA und wurde anschließend in Word-Dokumente übertragen. Die Transkripte wurden in MAXQDA mit den jeweiligen Audiodateien verknüpft und mit Zeitmarken versehen. So ließen sich relevante Passagen in jeder Auswertungsphase erneut anhören und Aspekte wie Tonfall, Pausen oder Betonung, die in der schriftlichen Fassung verloren gehen, bei der Interpretation berücksichtigen. Die Einverständniserklärung und das Informationsschreiben finden sich in Anlage B und A; der vollständige Leitfaden ist in Anlage C1 (Deutsch) und Anlage C2 (Englisch) tabellarisch aufgeführt. Die Auswertung und das Kodieren des Materials erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022). Sie eignet sich zur Analyse des Materials, weil sie die Bildung von deduktiven Kategorien aus der Theorie und dem Leitfaden mit hergeleiteten, induktiven Kategorien aus dem Material verbindet. Methodisch gliedert sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) in sieben aufeinander aufbauende Phasen:
Aus diesem Vorgehen ergaben sich zwei deduktiv gebildete Hauptkategorien (Herausforderungen und Bewältigungsstrategien) mit jeweils drei theoretisch abgeleiteten Subkategorien (emotional, sozial, kognitiv) und einer induktiv aus dem Material gebildeten Subkategorie (strukturell) sowie induktiv entwickelten Unterkategorien. Die Datenanalyse mithilfe der sieben Auswertungsschritte der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) wurde auf das Material der vorliegenden Untersuchung konkret übertragen.

Abbildung 3

Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse



Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2022)

Im ersten Schritt (1) der initiierenden Textarbeit wurden alle sieben Transkripte gelesen, mit Memos versehen und auf wiederkehrende Themen, Brüche und besonders dichte Passagen analysiert. Hieraus wurden im nächsten Schritt (2) deduktiv zwei Hauptkategorien (Herausforderungen, Bewältigungsstrategien) mit je drei thematischen Subkategorien (emotional, sozial, kognitiv) aus dem theoriegeleiteten Interviewleitfaden abgeleitet. Die strukturelle Subkategorie wurde nicht deduktiv vorgegeben, sondern bildete sich erst im weiteren Verlauf induktiv aus dem Material. Ein erster Codierdurchgang erfolgte in der dritten Phase (3), in der das gesamte Material entlang dieser zwei Hauptkategorien thematisch zugeordnet wurde, wobei Textstellen mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten, wenn sie inhaltlich auf mehr als eine zutrafen. In der vierten Phase (4) wurden alle mit derselben Hauptkategorie codierten Stellen zusammengeführt und auf wiederkehrende Themen geprüft. Daraus entstanden induktive Unterkategorien,

die mit Ankerbeispielen verdeutlicht wurden. Im zweiten Codierdurchgang (5) wurde das gesamte Material erneut mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem aus Haupt-, Sub- und Unterkategorien codiert. Dabei wurden einige Unterkategorien zusammengelegt, andere weiter aufgegliedert. In der sechsten Phase (6) erfolgte die kategorienbasierte Auswertung. Für jede Unterkategorie wurden die zugehörigen Aussagen der Befragten in thematischen Summarys zusammengefasst, um fallübergreifende Schwerpunkte, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen vergleichen zu können. Auf dieser Grundlage wurden im siebten Schritt (7) die zentralen Ergebnisse verdichtet, in Herausforderungen und Bewältigungsstrategien gegliedert und im Ergebniskapitel dargestellt (Kuckartz & Rädiker, 2022; Dresing & Pehl, 2024).

Kategoriensystem

Das Kategoriensystem bestand aus zwei Hauptkategorien (Herausforderungen und Bewältigungsstrategien), sechs deduktiv entwickelten Subkategorien (emotional, sozial, kognitiv für beide Hauptkategorien), zwei induktiv gebildeten Subkategorien (strukturell für beide Hauptkategorien) sowie induktiv aus dem Material gebildeten Unterkategorien. Die nachfolgende Tabelle 2 liefert einen Überblick über das Kategoriensystem. Eine ausführliche Version mit Definitionen, Ankerbeispielen und ergänzenden Kodierregeln zu Abgrenzungen findet sich in Anlage E. Eine Übersicht der einbezogenen Befragten enthält Tabelle 3 (Kap. 5.1).

Tabelle 2

Kategoriensystem

Subkategorie	Unterkategorien
Emotionale Herausforderungen	• Belastende Affekte in Krisensituationen • Sekundäre Belastung und Spannungsfeld Nähe-Distanz • Konfrontation mit eigenen Privilegien und Positionierung • Abstumpfung als ambivalenter Selbstschutz
Soziale Herausforderungen	• Vertrauensaufbau im tabuisierten Themenfeld • Verständigung über Sprachmittlung • Eurozentrismus, Rassismus und Fragen der Legitimation

Subkategorie	Unterkategorien
Kognitive Herausforderungen	• Komplexität und Multidimensionalität der Fälle • Konzentrationsdruck und Entscheidungen unter Unsicherheit • Kultur- und Sprachsensibilität als kognitive Daueraufgabe • Rollendiffusion und Mehrfachanforderungen
Strukturelle Herausforderungen	• Versorgungslücken und fehlendes Fachwissen im Hilfesystem • Ressourcenknappheit und prekäre Finanzierung • Aufenthaltsrechtliche Hürden und Familiennachzug
Emotionale Bewältigungsstrategien	• Bewegung, Sport und Naturkontakt • Mikropausen und Atemtechniken im Arbeitsalltag • Innere Haltung gegenüber Gefühlen und Sinnerleben • Abgrenzung, Erholung und selektives Engagement
Soziale Bewältigungsstrategien	• Reflexionsräume im Arbeitskontext • Privates Umfeld als Ressource • Beziehungsgestaltung mit Klientinnen
Kognitive Bewältigungsstrategien	• Strukturierung und vorausschauende Planung • Kognitives Reframing und Umgang mit Ungewissheit • Wissensaneignung und kritische Selbstreflexion
Strukturelle Bewältigungsstrategien	• Strukturelles Engagement statt Resignation • Partizipative Arbeit mit Community-Expertinnen und PoC-Allies • Institutionelle Leitfäden und Multi-Agency-Vernetzung

Gütekriterien: Die klassischen Gütekriterien quantitativer Forschung (Objektivität, Reliabilität, Validität) lassen sich nicht unmittelbar auf qualitative Methoden übertragen; gefordert sind stattdessen „methodenangemessene Kriterien“ (Flick, 2020, S. 251), an denen die Güte der Untersuchung beurteilt wird (Schwarz, 2025). Von den sechs Kriterien nach Schwarz (2025), die auf Mayring zurückgehen und sich mit den Kernkriterien nach Steinke (2019) decken, sind vier erfüllt: die *Regelgeleitetheit* durch die kriterienorientierte Fallauswahl (Abbildung 2), die regelbasierte Transkription nach Dresing und Pehl (2024) und die siebenphasige Auswertung nach Kuckartz und Rädiker (2022); die *Verfahrensdokumentation*

durch die vollständige Offenlegung des Vorgehens in Kapitel 4, das Kategoriensystem (Tabelle 2, Anlage E) und die Erhebungsinstrumente (Anlagen A bis C2); die *argumentative Interpretationsabsicherung* durch Ankerbeispiele und die literaturgestützte Einordnung der Befunde in der Diskussion (Kap. 6.1); sowie die *Nähe zum Gegenstand*, da die Fachkräfte in ihrem beruflichen Kontext befragt wurden. Die *kommunikative Validierung* und die *Triangulation* waren im Rahmen dieser Untersuchung nur eingeschränkt umsetzbar, da auf eine zweite, unabhängige Kodierung verzichtet wurde und die Datenanalyse sich auf die Fachkräfteperspektive beschränkt. Beide Einschränkungen werden in den Limitationen aufgegriffen (Kap. 6.3).

Zur Unterstützung der Strukturierung, der sprachlichen Überarbeitung und der methodischen Ausarbeitung wurden die KI-Sprachmodelle ChatGPT (GPT-5.3, OpenAI) und Claude (Anthropic) verwendet; die wesentlichen Eingaben sind im Promptverzeichnis aufgeführt (s. Anhang) und im KI-Verzeichnis zusammengefasst.

5 Ergebnisse der Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse entlang der Forschungsfrage dargestellt. Zunächst wird in Kapitel 5.1 die für die Untersuchung gewonnene Stichprobe beschrieben. Die Darstellung der Ergebnisse folgt anschließend der zweiteiligen Struktur des leitfadengestützten Expert*inneninterviews: Kapitel 5.2 widmet sich den von den Befragten geschilderten Herausforderungen auf emotionaler, sozialer, kognitiver und struktureller Ebene, während Kapitel 5.3 die Bewältigungsstrategien der Fachkräfte in denselben vier Dimensionen darstellt. Abschließend erfolgt in Kapitel 5.4 eine Zusammenfassung und Reflexion der zentralen Ergebnisse anhand zweier Teilmodelle und eines integrierenden Gesamtmodells, welche die Wechselwirkungen zwischen den Herausforderungen und Bewältigungsstrategien der Zielgruppe verdeutlichen.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Im folgenden Abschnitt wird die für die vorliegende Untersuchung gewonnene Stichprobe beschrieben. Die Auswahl der Befragten erfolgte gezielt nach ihrer fachlichen Nähe zum Themenfeld FGM/C. Einbezogen wurden sieben Fachkräfte, die in unterschiedlichen beruflichen Rollen regelmäßig mit betroffenen Frauen arbeiten und so ein breites Spektrum an Versorgungs-, Beratungs- und Forschungsperspektiven abbilden.

Die meiste Berufserfahrung hat die Befragte B_01 als Sozialarbeiterin, Bildungsreferentin für FGM/C und vereidigte Gerichtsdolmetscherin für Somali, da sie seit siebzehn Jahren im Feld tätig ist. Ihren biografisch motivierten Zugang als gebürtige Deutsche mit somalischer Migrationsgeschichte verbindet sie mit Sozialarbeit, Aktivismus und Übersetzungstätigkeit, ohne selbst betroffen zu sein. Eine ähnlich koordinierende Perspektive vertritt B_06, Sozialarbeiterin mit berufsbegleitendem Master, die seit einem Jahr die Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit einer Beratungsstelle gegen FGM/C verantwortet, zuvor drei Jahre in einer Frauenberatungsstelle Betroffene beriet und ihren Zugang durch ein Praktikum in einer Frauenrechtsorganisation in Sierra Leone vertiefte. Die medizinisch-psychologische Versorgung repräsentieren zwei eng zusammenarbeitende Fachkräfte desselben Beratungszentrums: B_02, seit 2012 Gynäkologin mit Master in internationaler Gesundheit, bietet wöchentliche FGM/C-Sprechstunden an und deckt Atteste, gynäkologische Untersuchungen, die Aufklärung zu Rekonstruktionsoperationen sowie die Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung ab; ihre Französischkenntnisse und Auslandserfahrung südlich der Sahara erleichtern den direkten Kontakt zu den Klientinnen. Ihre Kollegin B_05 ist Diplom-Psychologin, die seit 2021 in derselben Einrichtung tätig ist und ihre Arbeitszeit etwa hälftig zwischen klassischer und FGM/C-spezifischer Beratung aufteilt.

Aus dem Bereich geschlechtsspezifischer Gewalt stammen B_03 und B_07. Die Soziologin mit dem Schwerpunkt Gender Studies B_03 begleitete seit 2010 in einer Koordinierungsstelle gegen Frauenhandel Klientinnen mit Gewalterfahrungen, von denen viele zugleich von FGM/C betroffen waren, und legt als Person of Color Wert auf eine intersektionale Berufspraxis. Die Befragte B_07 arbeitet seit drei Jahren in einer Krisenintervention, in der sie FGM/C in jedem

Erstgespräch mitabfragt. Die forschende Perspektive vertritt schließlich B_04, Kultur- und Sozialwissenschaftlerin, die seit drei Jahren in einem partizipativen Forschungsprojekt zur Versorgung FGM/C-betroffener Frauen mitarbeitet und derzeit eine fachliche Handreichung für Gesundheitsberufe im Feld FGM/C erstellt. Die Tabelle 3 gibt einen Überblick über die beschriebene Fallauswahl. Zur Wahrung der Anonymität sind den Befragten Fallcodes zugeordnet, die die Reihenfolge der Erhebung markieren, ohne Rückschluss auf Einzelpersonen zuzulassen.

Tabelle 3

Übersicht der Interviews

Fallcode	Berufsbezeichnung	Alter	Geschlecht	FGM/C-Erfahrung (Jahre)	Dauer
B_01	Sozialarbeiterin und Bildungsreferentin für FGM/C	42	w	18	47 Min.
B_02	Gynäkologin mit eigener FGM/C-Sprechstunde	45	w	5	67 Min.
B_03	Soziologin und Beraterin gegen geschlechtsspezifische Gewalt	37	w	16	36 Min.
B_04	Wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem Versorgungsforschungsprojekt zu FGM/C	29	w	3	61 Min.
B_05	Psychologin mit Schwerpunkt Sexual-, Paar- und Migrationsberatung	39	w	3	48 Min.
B_06	Sozialarbeiterin in einer Koordinierungsstelle gegen FGM/C	33	w	1	61 Min.
B_07	Beraterin zu häuslicher Gewalt in einer Kriseneinrichtung	31	w	3	37 Min.

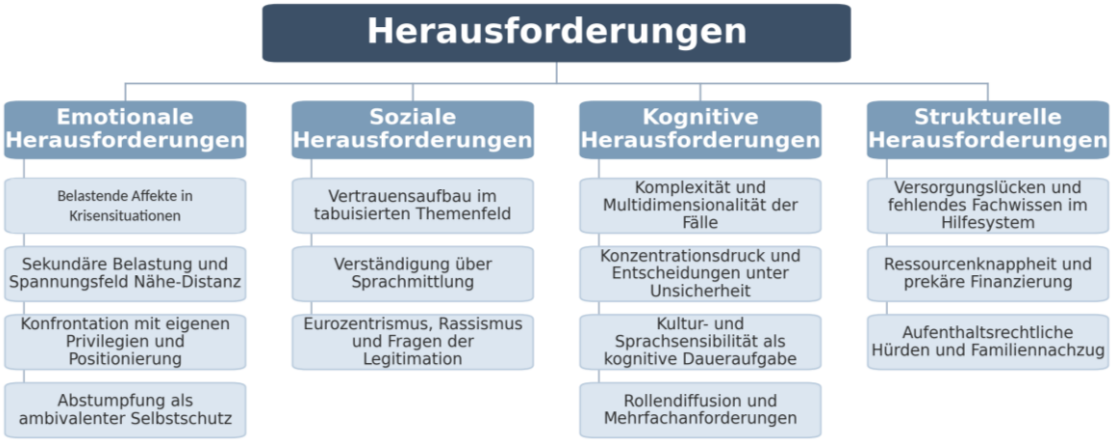
Anmerkung. Eigene Darstellung auf Basis der leitfadengestützten Interviews

5.2 Ergebnisse zu Herausforderungen

Die Herausforderungen der Fachkräfte gliedern sich in vier Dimensionen: emotionale, soziale, kognitive und strukturelle (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4

Übersicht der gebildeten Subkategorien und Unterkategorien der Hauptkategorie „Herausforderungen“



Anmerkung. Eigene Darstellung

Emotionale Herausforderungen

Die emotionalen Herausforderungen reichen von belastenden Affekten (Wut, Trauer, Ohnmacht) in Krisensituationen über sekundäre Belastung und das Spannungsfeld von Nähe und Distanz bis zur Konfrontation mit eigenen Privilegien und zur Abstumpfung als ambivalentem Selbstschutz.

Belastende Affekte in Krisensituationen

Die emotionalen Herausforderungen der Fachkräfte zeigen, dass sich die Reaktionen der Befragten in nahezu allen Subkategorien auf strukturelle, politische und institutionelle Rahmenbedingungen beziehen. Aufkommende Gefühle wie Wut, Trauer oder Ohnmacht richten sich nicht primär gegen Einzelpersonen oder gegen die Tatsache, dass Frauen von FGM/C betroffen sind, sondern werden wiederholt aufgrund der Grenzen des Asyl- und Versorgungssystems erlebt. Frustration wird als besonders stark wahrgenommen und dementsprechend in allen sieben Interviews thematisiert, wobei die Befragten diese Affekte in der Regel als systembezogen rahmen. Die Befragte B_04 beispielsweise beschreibt die

Gesamtsituation als auslösendes Moment einer dauerhaften Frustration, die dennoch nicht in Resignation führt, da sie der Überzeugung ist, dass die Situation der Frauen verbessert werden könnte:

> „Ich würde sagen, ich bin frustriert und wütend über die Gesamtsituation, weil es in meinen Augen jetzt nicht viel bedarf, um einiges zu verbessern. Und trotzdem passiert es nicht.“ (B_04, Abs. 14)

Eine Befragte B_01 beschreibt diesen Zustand als einen *„Spagat zwischen Frustration und Sauer-Sein“* (Abs. 10), der durch ihren ausgeprägten Gerechtigkeitssinn verstärkt werde. Eine weitere Fachkraft B_07 knüpft ihre Wut an die Frage, warum FGM/C immer noch praktiziert wird und wie man die Zahl der Opfer von FGM/C verringern könnte.

Die beschriebene Wut der Fachkräfte lässt sich im Material als Motivation für ihre Arbeit umdeuten. Sie wird, wie auch B_06 andeutet, an Politik und Gesellschaft adressiert und fordert das Ende der FGM/C-Praxis. Dabei geht es vor allem um die Grenzen des Systems, das durch erschwerte Zugänge zur Teilhabe für die Betroffenen gekennzeichnet ist. Dies umfasst die ständige Wiederkehr struktureller Hindernisse in Form von restriktiven Familiennachzügen, Wissens- und Aufklärungslücken in Unterstützungs- und Hilfesystemen sowie dem Fehlen von klaren Versorgungsangeboten.

Im Kontakt mit den betroffenen Frauen wird eine tiefe emotionale Berührung besonders dort beschrieben, wo die Lebensgeschichten der Frauen die Grenzen der eigenen biografischen Erfahrungen von Fachkräften überschreiten. Vor diesem Hintergrund verweisen mehrere Befragte auf eigene Mutterschaft (B_02) oder weibliche Identität (B_01) als Resonanzfläche:

> „Aber ich werde manchmal richtig traurig, vor allem wenn es um Trennung von Kindern geht, weil ich auch selbst Mutter bin. Also es gibt auch Momente, wo ich echt denke, da könnte ich auch wieder weinen.“ (B_02 Abs. 10)

Eine andere Befragte B_03 betont, dass die emotionale Berührung nicht nur durch das Ereignis FGM/C selbst entstehe, sondern durch die Verdichtung individueller Erfahrungen, die in einer *„bürokratisierten Welt“* (B_03, Abs. 12) banalisiert werden. Emotional herausfordernd ist auch, dass das Gefühl der Trauer

selten ausschließlich durch die Beschneidung der Betroffenen verursacht wird, sondern vor allem durch die damit einhergehenden Trennungs- und Verlusterfahrungen sowie Erfahrungen geschlechtsspezifischer Gewalt der Betroffenen ausgelöst wird. Dabei wird das emotionale Mitfühlen mit weinenden Gesprächspartnerinnen als unmittelbar nachwirkendes Erleben geschildert (B_04, Abs. 18). Ohnmachtserfahrungen im Berufsalltag werden im Datenmaterial als herausfordernd beschrieben, wo Handlungsräume durch institutionelle und politische Bedingungen begrenzt werden. Dieses Gefühl der Hilflosigkeit wird bei den Befragten unterschiedlich ausgelöst und eingeordnet. Die Befragte B_02 benennt das Asylsystem als Auslöser, B_05 hingegen erlebt dieses Gefühl der *„Ausweglosigkeit“* (Abs. 10) bei langen ungeklärten Asylverfahren. Eine weitere Fachkraft B_04 fasst diese Affekte in einer Metapher zusammen, die deutlich macht, wie sie ihre eigene Leistung in Bezug auf strukturelle Hürden wahrnimmt:

> „Man tut, was man kann, und trotzdem weiß ich, dass es nur so ein Tropfen auf dem heißen Stein ist.“ (B_04, Abs. 46)

B_07 generalisiert ihre Erfahrungen durch ihre Aussage, dass alle Frauen, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer Klasse dermaßen benachteiligt sind, dass keine Frau vor Gewalt geschützt sei (B_07, Abs. 116). Die emotionale Ohnmacht und Wut an dieser Stelle war auch während der Durchführung des Interviews in der Übertragungsbeziehung deutlich spürbar. Über die vielen affektiven Belastungen hinaus benennen die Befragten konkrete Belastungssituationen mit hoher Wiederkehr. Dabei zeichnen sich vier akute Belastungssituationen immer wieder ab:
(1) drohende oder bereits durchgeführte Beschneidungen von in Deutschland geborenen oder lebenden Mädchen, häufig im Rahmen organisierter Reisen in die Herkunftsländer (B_01)
(2) Mutter-Kind-Trennungen und unklare Schicksale von zurückgelassenen Kindern in den Heimatländern (B_05; B_06; B_02)
(3) Akute Krisen, u.a. Suizidalität und Suizidversuche von Klientinnen (B_03)
(4) Unklare Aufenthaltssituation und unsicherer Asylprozess als Dauerbelastung (B_05, B_06).
Aus dem Datenmaterial wird deutlich, dass konkrete Belastungssituationen als besonders stark emotional herausfordernd erlebt werden und dass die Befragten

an ihre eigenen Grenzen stoßen. Dabei schildern sie ihre Belastungen vor allem in Bezug auf die Praxis von *„Beschneidungsausflügen“* und der Prozedur der weiblichen Genitalverstümmelung in den Herkunftsländern sehr detailliert:

> „Mich belastet das emotional sehr, wenn ich mitbekomme, dass Kinder, die in Deutschland geboren sind, zu sogenannten Beschneidungsausflügen oder Reisen gebracht werden.“ (B_01, Abs. 12)

Meist sind es die eigenen Eltern, die solche Auslandsreisen in den Ferien ihrer Töchter durchführen, um sie in ihren Herkunftsländern beschneiden zu lassen. Darüber hinaus wird die Beschneidung mit scharfen Gegenständen ohne Betäubung vollzogen, was für die Fachkräfte emotional auch schwer auszuhalten ist:

> „Es passiert mit einer Scherbe, mit einer Rasierklinge und verschiedenen anderen Hilfsmitteln, die man sich meistens irgendwie dann besorgt. Und das ist, glaube ich, dann halt auch sehr herzzerreißend.“ (B_03, Abs. 80)

Die Beschneidung der eigenen Töchter und das Thema Familienzusammenführung werden demnach als besonders emotionale Belastung benannt. B_06 und B_05 schildern, dass Klientinnen sich durch die zunehmenden restriktiven Regelungen bzgl. des Familiennachzugs ohnmächtig fühlen, gerade wenn in den Herkunftsländern die Beschneidung der eigenen Kinder drohe:

> „Frauen, die ihre Kinder noch in den Herkunftsländern haben und dort eine Beschneidung droht, sich sehr hilflos fühlen, wie sie die Kinder beschützen können.“ (B_06, Abs. 20)

Bezüglich der Folgen der Prozedur schildert eine Befragte, wie ihre Klientin nach langjähriger häuslicher Gewalt und nicht aufgearbeiteter FGM-Erfahrungen einen Suizidversuch unternahm:

> „Es ging dann so weit, dass sie sich aus dem vierten Stock aus dem Haus geworfen hat. Ich glaube, das war einer der schlimmsten Beratungsmomente und Erfahrungen, die ich gemacht habe.“ (B_03, Abs. 14)

Sie betont den Vorfall als einen ihrer schwerwiegendsten Beratungsmomente und verweist damit zugleich auf die Grenzen ambulanter Beratung im Schnittfeld von FGM/C, geschlechtsspezifischer Gewalt und ungeklärtem Aufenthaltsstatus.

Sekundäre Belastung und Spannungsfeld Nähe-Distanz

Während die vorausgegangenen Aussagen beschreiben, was die Konfrontation mit der eigenen Belastung in den Fachkräften auslöst, geht es im Folgenden um die Frage, was die beschriebene emotionale Resonanz mit ihnen selbst macht. Die Befragten benennen ein *„mit nach Hause nehmen“*, *„sekundäre Traumatisierung“* und die fortlaufende Aushandlung von Nähe und Distanz als zentrale emotionale Anforderungen.

Sechs der sieben Befragten schildern, dass sie die Erfahrungen und Inhalte ihrer Klientinnen *„mit nach Hause nehmen“* (B_04, Abs. 28; B_03, Abs. 16; B_05, Abs. 18; B_06, Abs. 30); die Befragte B_07 spricht explizit vom *„sekundären Trauma*“ und *„Albträumen*“ aufgrund von anhaltenden Gedanken an konkrete Klientinnen (B_07, Abs. 36-38). Eine Lesart stellt eine ambivalente Bewertung dieser Verhaltensweisen dar, da die Fachkräfte einerseits diesen Vorgang als notwendigen Verarbeitungsraum beschreiben, andererseits auch als Zeichen der Belastungsgrenze anerkennen. Die Befragte B_04 betont anhand der Metapher eines Computers, warum sie ihre Arbeit auch danach in sich trägt:

> „Meine Arbeit ist mit und für Menschen. Es ist kein Computer, den ich abends (…) ausschalten kann. Sondern ja, ich trage es mit mir.“ (B_04, Abs. 28)

Die Fachkraft B_03 wiederum unterstreicht, dass die Distanz zwischen Arbeit und Privatleben aktiv hergestellt werden müsse, ohne dass dies immer vollständig gelinge (Abs. 16). Mehrere Befragte beschreiben wiederum die Einhaltung von Nähe und Distanz zwischen den erlebten Affekten und dem Anspruch einer professionellen Haltung als emotionale Herausforderung. Dementsprechend benennt die Sozialarbeiterin B_01 diesen Spagat als *„erste Herausforderung“* (Abs. 10), da Wut zwar vorkommt, gleichzeitig aber nicht zum Ausdruck gebracht werden dürfe. Die Befragte B_03 ordnet dieses Spannungsfeld in das Konzept von *„Nähe und Distanz“* (Abs. 18); B_07 beschreibt diese emotionale Anspannung zudem entlang einer Dynamik der Auf- und Abwärtsbewegungen:

> „Manchmal motiviert es einen, manchmal erschöpft es einen, es ist einfach eine Art Achterbahn.“ (B_07, Abs. 36)

Konfrontation mit eigenen Privilegien und Positionierung

Eine eigene Dimension emotionaler Herausforderung entsteht aus der Reflexion der eigenen gesellschaftlichen Position. Sowohl weiß gelesene als auch Schwarze Befragte benennen diese Konfrontation als emotional und kognitiv anstrengend, allerdings aus unterschiedlichen Positionen heraus.

Drei der vier weiß gelesenen Befragten (B_02, B_04, B_06) thematisieren die emotionale Last der eigenen Privilegien explizit. Dabei benennt die Gynäkologin B_02 einen Schlüsselmoment, in dem ihr im Konflikt mit einer Sprachmittlerin die eigene Position als *„weiße, nicht beschnittene“* Frau gegenüber zwei vulnerablen Frauen bewusst geworden sei (Abs. 18). Die Befragte B_04 ist bei der Reflexion der eigenen Positionierung expliziter und beschreibt, wie sie ihre Gedanken hierzu erlebt:

> „Ich erwische mich so, ich habe Gedanken, die gefallen mir nicht, die sind aber da und ich muss mich damit auseinandersetzen, um zumindest reflektiert damit umzugehen.“ (B_04, Abs. 22)

Diese Selbstreflexion wird als kognitiv und emotional zugleich anstrengend beschrieben. Die schwarzen Befragten (B_01, B_03, B_07) thematisieren die weißen Privilegien von anderen Fachkräften sehr eindrücklich. Sie verweisen u.a. auf eigene Marginalisierungserfahrungen und auf den hohen mentalen Aufwand, ihre eigene Positioniertheit immer wieder erklären und sichtbar machen zu müssen (B_03, Abs. 94).

Abstumpfung als ambivalenter Selbstschutz

Außerdem erleben die Befragten die langfristige Wirkung der wiederholten Konfrontation mit den belastenden Themen der Klientinnen als emotional herausfordernd. Dabei nehmen sie eine zunehmende Abstumpfung gegenüber den geschilderten Gewalt- und Verlusterfahrungen wahr, die teilweise auch ambivalent besetzt ist. Die Gynäkologin B_02 ordnet dieses Gefühl der Abstumpfung als Folge aus wiederholt geteilten, biografischen Erfahrungen der Betroffenen ein:

> „Es gibt dann auch so eine gewisse Normalisierung. Weil ich weiß ja genau, was die mir erzählen … Es ist dann nicht jedes Mal so, dass es mich total umhaut. Das ist wahrscheinlich auch gut so, weil sonst könnte man die Arbeit ja gar nicht machen.“ (B_02, Abs. 14)

Gerade die These *„(…), weil sonst könnte man die Arbeit ja gar nicht machen“* (B_02, Abs. 14) macht deutlich, dass die Abstumpfung nicht nur als Herausforderung, sondern auch als eine Art notwendige Strategie gedeutet werden kann, um arbeitsfähig zu bleiben.

Im Vergleich dazu erlebt B_07 Abstumpfung in zugespitzter Form und spricht davon, dass man *„irgendwie taub dagegen wird“* (Abs. 16):

> „Aber wenn man die Rolle ausübt und so viel Gewalt sieht, stumpft man irgendwie dagegen ab.“ (B_07, Abs. 16)

Die Aussagen beider Befragten bezüglich ihrer „Abstumpfung“ weisen in der Reflexion eine ambivalente Lesart auf: einerseits lässt sich dieser Affekt als eine Form von Selbstschutz deuten, um die Berufsausübung zu ermöglichen und aufrechtzuerhalten, andererseits aber auch als das Risiko, die emotionale Resonanzfähigkeit zu verlieren.

Soziale Herausforderungen

Die sozialen Herausforderungen betreffen die direkte Interaktion mit Klientinnen und Kolleg*innen und umfassen den Aufbau von Vertrauen im stark tabuisierten Themenfeld, die Beratung mithilfe von Sprachmittlung sowie Aushandlungen um Aspekte wie Eurozentrismus, Rassismus und die Legitimation von Beratungsbeziehungen.

Vertrauensaufbau im tabuisierten Themenfeld

Der Aufbau eines Rahmens, in dem über FGM/C gesprochen werden kann, wird als langwieriger Prozess beschrieben. Die Befragte B_01 betont, dass das *„Urvertrauen“* hergestellt werden müsse, bevor professionelle Arbeit möglich werde (Abs. 18). Demnach erschwert FGM/C als ein tabuisiertes Thema bei den Betroffenen, ihre damit verbundenen Schamgefühle und die Angst vor den Reaktionen aus der eigenen Community häufig Erstgespräche:

> „Was am Anfang sehr, sehr schwierig war, war erstmal diese Vertrauensbasis aufzubauen, dass Menschen überhaupt dieses Thema, das ist ja auch ein schambehaftetes Thema, platzieren können.“ (B_01, Abs. 18)

Die Befragte B_06 berichtet wiederum, dass Frauen es bereits als Erleichterung erleben, überhaupt den Raum erhalten, um über das Thema sprechen zu können (Abs. 10). Dabei hebt die Befragte B_05 hervor, dass das Vertrauen mit der Zeit wachse und gerade in dieser Entwicklung eine besondere Qualität liege (Abs. 72).

Verständigung über Sprachmittlung

Die Konstellation aus Fachkraft, Klientin und Sprachmittler*in wird in den Interviews von B_02 und B_05 als sensibles Setting beschrieben. B_02 schildert ausführlich einen prägenden Konflikt mit einer nicht ausgebildeten Sprachmittlerin, die aus ihrer Rolle herausgetreten sei und Diskriminierungsvorwürfe formuliert habe:

> „Sie hat mir sofort unterstellt, dass ich mich diskriminierend verhalte, und das war total schwierig… Sie war eigentlich keine Sprachmittlerin und ist dann auch aus ihrer Rolle rausgetreten.“ (B_02, Abs. 18)

B_05 weist darauf hin, dass die Qualität der Sprachmittlung unmittelbar Einfluss auf die kognitive Belastung der Beratung nehme (Abs. 28). Sprachmittler*innen erscheinen in den Daten zwar als unverzichtbare Brücke zwischen den Betroffenen und den Fachkräften; zugleich aber auch als potenziell vulnerable Personen, deren eigene Geschichten mitgedacht werden müssen:

> „Da ist mir klar geworden, dass ich, wenn ich eine Sprachmittlung im Raum habe, eine Person, dass ich praktisch mit zwei Menschen spreche, die beide ihre Biografien mitbringen und irgendwo vulnerabel sind.“ (B_02, Abs. 18)

Drei weitere Befragte verweisen schließlich auf strukturelle Defizite im Sprachmittlungssystem aufgrund von geringen Honoraren, fehlenden Standards und prekärer Verfügbarkeit (B_03, Abs. 26; B_06, Abs. 28; B_02, Abs. 18).

Eurozentrismus, Rassismus und Fragen der Legitimation

Im Material werden Konflikte um die Legitimation und Deutungshoheit von Machtpositionen und Privilegien sowie die Kritik an eurozentristischen Perspektiven deutlich. So thematisieren B_06, B_03 und B_04 wiederkehrende Aushandlungen darüber, wer, aus welcher Perspektive, öffentlich zum Thema FGM/C sprechen darf:

> „Wer berät wen, aus welcher Perspektive? Die Positioniertheit der Beratungssuchenden und Beratenden, das ist immer wichtig." (B_03, Abs. 94)

Im Vergleich zur Befragten B_03 formuliert die Befragte B_06 die Frage offen:

> „Häufig kommt schon auch auf, wie eine weiße Organisation oder teilweise auch weiße Mitarbeiterinnen zu dem Thema arbeiten und das quasi eingebettet ist … welche Legitimation wir haben, dazu zu sprechen." (B_06, Abs. 28)

Diese Aushandlungen treten sowohl bei Konflikten um die Aufgabenverteilung und Repräsentation im Team auf (vgl. B_06, Abs. 36) als auch im öffentlichen Raum beim Besuch von Konferenzen, Vorträgen und Fortbildungen. Ferner betonen drei Befragte die geringe Wertschätzung der Expertise schwarzer Fachkräfte (B_01, Abs. 22, 26; B_03, Abs. 30; B_07, Abs. 50) und positionieren sich dabei als „Alleinkämpferin" bzw. als „Alleinstellungsmerkmal", da sie schildern, dass sie den kulturellen Hintergrund und das Fachwissen mitbringen (B_01, Abs. 26; B_03, Abs. 30):

> „Wenn sie mit einer weißen Frau über FGM sprechen, werden sie wahrscheinlich wissen, dass die Frau nicht weiß, was das ist. Sie wird die Kultur nicht verstehen." (B_07, Abs. 50)

Mit dieser Aussage verweist B_07 darauf, dass betroffene Frauen einer weißen Fachkraft häufig unterstellten, weder FGM/C noch den kulturellen Kontext zu verstehen und differenziert demnach die Erwartungshaltung betroffener Frauen gegenüber weißen und schwarzen Beraterinnen (Abs. 50).

Eine strukturell bedingte Alleinstellung der Fachkräfte wird im Datenmaterial aus zwei unterschiedlichen Perspektiven deutlich. Die erste ist durch fehlende finanzielle Mittel begründet, da B_05 und B_02 in ihren Einrichtungen jeweils die

einzige zuständige Fachkraft sind und keine Vertretung im Falle von Erkrankung oder Urlaub haben. Eine Lesart stellt der beschriebene Druck dar, der durch die alleinige Verantwortung als belastend wahrgenommen wird:

> „Wir haben keine Vertretung. Also es gibt nur mich und es gibt nur X. Und das ist eben an sich schon absurd … Das finde ich schon auch belastend und auch überfordernd.“ (B_05, Abs. 20)

Die zweite Perspektive umfasst die der schwarzen Beraterin B_01, die ihre Positionierung als „Alleinkämpferin“ (Abs. 26) und als einzige Fachkraft mit entsprechendem kulturellem Fachwissen als einsam erlebt. Zugleich betont sie, dass ihre eigene Resilienz und die Solidarisierung mit ähnlich positionierten Personen dieses Gefühl der Einsamkeit verringern könnten. Ein weiteres zentrales Ergebnis, von den schwarzen Befragten als besonders deutlich geschilderte Kritik dargelegt, bildet die Beschreibung eines weißen, westlichen, exotisierenden bis hin zu fetischisierenden Blick auf das Thema FGM/C. Die Befragte B_03 fasst dies in einem prägnanten Bild zusammen, indem mögliche, vor allem kolonial geprägte, Fantasien im Beratungs- und Versorgungskontext wiederkehren können:

> „Es gibt bestimmte Themen, gerade wenn es um schwarze Menschen, um Menschen aus der afrikanischen Diaspora geht, … gerade in der sozialen Arbeit und im Gesundheitssektor werden körperliche Merkmale oder bestimmte Gesundheitsthematiken sehr exotisiert oder fetischisiert. Und ich habe immer dieses Bild vor Augen … so Afrika als Labor.“ (B_03, Abs. 44)

Anhand der Metapher „Afrika als Labor“ fasst die Soziologin B_03 eine geschichtliche und eine alltägliche Erfahrung in einem Bild zusammen. Sie verweist auf die koloniale Genese moderner Medizin und Wissenschaft, in der Schwarze Körper, insbesondere die von Frauen, über Jahrhunderte als Untersuchungsobjekte für eine weiße epistemische Praxis dienten. Diese Aussage wird durch die Wahrnehmung gestützt, dass Schwarze Körper als „interessante Fälle“ verfügbar sind, ohne als sprechende Subjekte ernst genommen zu werden und dadurch das Risiko in Kauf genommen wird, dass die Klientin als Mensch hinter dem Fall „verschwindet“.

Das Wissen über FGM/C wird demnach produziert, ohne dass das Wissen der Betroffenen integriert wird. B_03 macht damit auf eine Kontinuität aufmerksam, die später auch als Strategie aufgeführt ist, in der die Notwendigkeit der partizipativen Einbindung von Community-Expertinnen betont wird. Wer das *„Labor“* verlassen will, muss die Perspektive der Subjekte entsprechend einbeziehen.

Kognitive Herausforderungen

Die kognitiven Herausforderungen von Fachkräften umfassen Anforderungen bzgl. Wissensaneignung, Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit sowie eine gewisse Reflexionsfähigkeit und Rollendiffusion. Dabei betonen mehrere Befragte, dass die kognitive Last in der Außenwahrnehmung des Berufsfeldes systematisch unterschätzt werde.

Komplexität und Multidimensionalität der Fälle

Die Praxis von FGM/C ist im Material fast nie isoliert aufgeführt, sondern meist mit Themen wie Flucht, Asyl, Trauma, Armut und häuslicher Gewalt verschränkt. Die Fachkraft B_01 beschreibt, wie notwendig gute kognitive Fähigkeiten sind und bezeichnet die geforderte kognitive Denkweise als *„transdisziplinär“:*

> „Auf der einen Seite muss man komplett die Fluchtgeschichte der Menschen beleuchten. Es ist für mich etwas Transdisziplinäres …Ich würde sagen, man braucht dafür auch sehr starke, gute kognitive Fähigkeiten.“ (B_01, Abs. 30)

Darüber hinaus bestätigt B_07 eine Korrelation von FGM/C und weiteren Gewaltformen (Abs. 62).

Schließlich weist B_05 darauf hin, dass FGM/C im Beratungskontext lange Zeit als *„Hintergrundthema“* erscheine, das erst nach Klärung existenzieller Fragen in den Vordergrund trete (Abs. 12).

Konzentrationsdruck und Entscheidungen unter Unsicherheit

Gerade Erstgespräche und das Erstellen medizinischer Atteste werden als stark kognitive Herausforderungen beschrieben. Die Befragte B_02 benennt dabei die Gefahr, dass Widersprüchlichkeiten in einem Attest negative Folgen für das Asylverfahren der Klientinnen haben könnten (Abs. 38):

> „Am meisten erfordert es die Erstvorstellung der Patientin … Da muss ich mich total konzentrieren, wenn ich ein Attest erstelle, dass das alles korrekt ist, dass alles stimmt, weil das sonst auch für die Patientin negativ sein kann.“ (B_02, Abs. 38)

Die beiden Fachkräfte B_03 und B_07 betonen die Notwendigkeit *„hundertprozentiger“* Aufmerksamkeit in jeder Beratung:

> „Jede Session, jede Beratung bedarf, als Beratende hundert Prozent da zu sein, hundert Prozent hören zu können, weil jedes Wort und jede Aussage sehr wichtig sind.“ (B_03, Abs. 34)

B_02 fasst die Unklarheit der FGM/C-Klassifikationen und die heterogene Evidenzlage zu Rekonstruktionsoperationen als zentrale kognitive Belastung zusammen (Abs. 44, 48). Diesbezüglich beschreibt B_07 die Notwendigkeit schneller Entscheidungen in Krisensituationen, in denen unklar sei, ob ein Kontakt überhaupt sicher möglich sei (Abs. 62).

Kultur- und Sprachsensibilität als kognitive Daueraufgabe

Dabei stellt ein gewisses Maß an Kultur- und Sprachsensibilität eine kognitive Daueraufgabe dar. Die Befragte B_01 beschreibt das fortlaufende Mitdenken kultureller, biografischer und sprachlicher Kontexte als kognitive Routine, die unterhalb der bewussten Schwelle ablaufe und gleichwohl hohe Anforderungen stelle:

> „Was ich ganz oft mache, ist: Ich stimme mich immer auf mein Gegenüber ab … Ich achte auf bestimmte Wörter, die einen triggern können.“ (B_01, Abs. 66)

Über die unter den sozialen Herausforderungen dargestellte Sprachmittlung hinaus entsteht eine spezifisch kognitive Anforderung durch die kontinuierliche Übersetzungs- und Vermittlungsarbeit, die parallel zur eigentlichen Beratung zu leisten ist (B_02, Abs. 18).

Schließlich beschreiben B_04 und B_02 die kontinuierliche Reflexion eigener Vorannahmen und „blinder Flecken“ als kognitive Daueraufgabe (B_04, Abs. 26; B_02, Abs. 80); die zugehörigen Bewältigungsformen werden unter den kognitiven Bewältigungsstrategien dargestellt.

Rollendiffusion und Mehrfachanforderungen

Im Datenmaterial wird sichtbar, wie Klientinnen häufig mehrere Bedürfnisse an einzelne Fachkräfte herantragen. B_05 beschreibt das Spannungsfeld bildlich, da sie in einzelnen Fällen auch in Bereichen außerhalb ihrer eigentlichen Profession helfe, zugleich aber versuche darauf zu achten, sich nicht *„chronisch zu überfordern“* (Abs. 30). B_06 verweist auf die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit als Strategie zur Rollenklärung (Abs. 20).
B_02 beschreibt die Überforderung im Wechsel zwischen Patientinnen mit ungleich verteilter Komplexität (Abs. 40). B_05 und B_04 markieren Momente, in denen die Vielfalt der Anliegen die Möglichkeit, sie alle zu hören und zu adressieren, übersteigt; in dieser Konstellation steigt die Anforderung, konkurrierende Anliegen gleichzeitig zu sortieren und zu priorisieren.

Strukturelle Herausforderungen

Über die emotionalen, sozialen und kognitiven Anforderungen hinaus benennen alle sieben Befragten strukturelle Defizite des Hilfe- und Versorgungssystems als zentrale Herausforderung. Sie reichen von fehlendem Fachwissen im Gesundheitssystem über prekäre Finanzierung und Personalmangel bis hin zu aufenthaltsrechtlichen Hürden, die das individuelle Handeln der Fachkräfte unmittelbar prägen.

Versorgungslücken und fehlendes Fachwissen im Hilfesystem

Alle sieben Befragten klagen über erhebliche Wissenslücken im Hilfe- und Versorgungssystem. Die Befragte B_03 beschreibt das Gesundheitssystem als *„komplette Herausforderung“* (Abs. 26). Die Beraterin begründet diese Wissenslücken mit der Annahme, dass das Gesundheitssystem lediglich „*auf westliche Strukturen ausgelegt ist“* (B_03, Abs. 26):

> „Das Gesundheitssystem ist eine komplette Herausforderung, weil das Gesundheitssystem in den westlichen Staaten, vor allem in Deutschland, quasi auch auf diese westlichen Strukturen ausgelegt ist … die Frauen … werden hier zum Teil nicht wirklich sehr gut behandelt oder kaum behandelt, weil das Wissen dazu fehlt.“ (B_03, Abs. 26)

B_06 und B_07 verweisen auf das Fehlen fachlich qualifizierter Ansprechpersonen:

> „In einem Krankenhaus eine designierte Person ist, die sich mit FGM/C auseinandergesetzt hat, … Und das macht mich wütend, dass so eine einfache Sache eigentlich nicht umgesetzt wird.“ (B_04, Abs. 14)

Darüber hinaus spitzt B_01 ihre Beobachtungen zu, indem sie beschreibt, wie sogar selbsternannte Bildungsreferent*innen für FGM/C häufig weder Sachkenntnisse noch Kultursensibilität aufweisen (Abs. 22). Diese Lücken führen in der Folge dazu, dass sich Verantwortungen und Zuständigkeiten verlagern:

> „Ich wünschte, dass es da klare Evidenz gäbe, ein klares Protokoll, wo man das machen kann, und dass das auch dann verfügbar ist und zugänglich.“ (B_02, Abs. 24)

Während die Befragten einzelne Defizite präzise benennen können, beschreiben sie die Lösung dieser Defizite jedoch nicht als ihre eigene Aufgabe. Die Verantwortung wird explizit ins Krankenhaus oder in das Versorgungssystem als Ganzes verlagert. Wo diese Strukturen jedoch versagen, wird deutlich, dass die Arbeit an den einzelnen Fachkräften *„hängenbleibt“* (B_02, Abs. 28):

> „Manchmal gibt es aber dann auch sehr wenig Personal, und dass dann manchmal mehr an mir hängenbleibt, als eigentlich gut ist.“ (B_02, Abs. 28)

Ressourcenknappheit und prekäre Finanzierung

Vier Befragte thematisieren den Aspekt der Ressourcenknappheit als zentrale Belastung, da sie unter einer prekären Projektfinanzierung (B_06, Abs. 40; B_02, Abs. 28) leiden. Knappe Termintaktung, fehlende Aufwandsentschädigungen und niedrige Sprachmittlungshonorare (B_04, Abs. 34) werden zudem in vier Interviews thematisiert. Die Befragte B_06 fasst die Konsequenzen der finanziellen Hürden wie folgt zusammen:

> „Wir haben viele Ideen oder würden vieles umsetzen, aber es wird einfach immer wieder ausgebremst an dem Finanziellen“ (B_06, Abs. 40).

Anhand dieser Aussage wird deutlich, dass finanzielle Ressourcen eine zentrale Grenze darstellen, da vorhandene Ideen und Umsetzungsbereitschaft wiederholt an fehlenden Mitteln scheitern.

Die begrenzten finanziellen Mittel führen zudem dazu, dass im Krankheitsfall keine Vertretung für die Stellen zur Verfügung steht (B_05, Abs. 20).

Aufenthaltsrechtliche Hürden und Familiennachzug

Über diese Defizite hinaus benennen drei Befragte aufenthaltsrechtliche Restriktionen als eigenständige strukturelle Hürde ihrer Arbeit (B_06, Abs. 20; B_05, Abs. 14; B_02, Abs. 16). Im Vordergrund steht der zunehmend erschwerte Familiennachzug, der den Handlungsspielraum der Fachkräfte von außen begrenzt. B_06 beschreibt, dass „Familienzusammenführungen schwieriger und schwieriger werden“ (Abs. 20); B_02 benennt das Erleben struktureller Ohnmacht angesichts der politischen Rahmenbedingungen (Abs. 16).

5.3 Ergebnisse zu Bewältigungsstrategien

Die Bewältigungsstrategien der Fachkräfte gliedern sich ebenfalls in vier Dimensionen: emotionale, soziale, kognitive und strukturelle. Einen Überblick über die Subkategorien und Unterkategorien gibt Abbildung 5.

Abbildung 5

Übersicht der gebildeten Subkategorien und Unterkategorien der Hauptkategorie „Bewältigungsstrategien“



Anmerkung. Eigene Darstellung.

Emotionale Bewältigungsstrategien

Bewegung, Sport und Naturkontakt

Körperliche Aktivität ist die meistgenannte emotionale Strategie, um mit den Anforderungen im Berufsalltag umzugehen. Genannt werden u.a. Spaziergänge, Schwimmen, Tanzen, Yoga, Radfahren, Sauna und Aufenthalte am Wasser:

> „Ich tanze sehr gerne und bin auch sportlich aktiv … Ich suche auch immer das Element Wasser." (B_01, Abs. 40)

B_02 beschreibt den Heimweg mit dem Fahrrad als regelmäßiges Zeitfenster, um die Arbeit zu verarbeiten (Abs. 26); B_05 hat sich ihren Saunabesuch nach langen Tagen als feste Routine integriert (Abs. 46). B_04 betont, dass das Tanzen mit anderen Menschen ein „Outlet" (Abs. 56) für sie bedeutet, da sie dort gemeinsam mit anderen Dampf ablassen könne.

Mikropausen und Atemtechniken im Arbeitsalltag

Innerhalb der Arbeit setzen mehrere Befragte gezielt kurze, räumlich physische Distanzierungsversuche ein. B_02 öffnet beispielsweise zwischen den Patientinnen das Fenster; B_05 läuft hingegen den Gang auf und ab; B_07 wiederum nutzt kleine Pausen, um *„fünf Minuten"* zu entspannen (Abs. 68). Diese kurzen Unterbrechungen schaffen einen bewussten Reizwechsel, der den Befragten erlaubt, sich neu zu orientieren. Dabei werden auch Atemtechniken von B_02, B_07 und B_05 als eine weitere Strategie beschrieben, auf die sie zurückgreifen können. B_02 liefert an dieser Stelle eine fachliche Begründung und bezieht sich auf die Wirkung des vegetativen Nervensystems:

> „Atemtechniken, um so ein bisschen den Sympathikus wieder herunterzuregulieren." (B_02, Abs. 54)

B_05 beschreibt zudem eine körperbezogene Form der Selbstregulation. Sie nimmt wahr, wenn sie sich der Patientin zuneige und nach vorne beuge, und lehnt sich dann bewusst wieder zurück (Abs. 44). Diese körpernahen Strategien zeigen, wie B_05 die eigene Anspannung über die Körperhaltung reguliert.

Innere Haltung gegenüber Gefühlen und Sinnerleben

Eine wiederkehrende emotional-kognitive Bewältigungsstrategie ist die bewusste Anerkennung der eigenen Gefühle, die B_05 als Erlaubnis beschreibt:

> „Mir hilft das schon auch, mir das einmal einzugestehen, dass ich davon auch nicht frei bin." (B_05, Abs. 16)

B_04 nimmt diese Strategie als Entlastung wahr, denn *„wenn es einmal raus ist, dann geht es auch wieder"* (Abs. 52). Beide Befragte adressieren die Strategie explizit gegen kulturelle Erwartungen, Affekte unterdrücken zu müssen.

Das eigene Sinnerleben dient dabei als emotionale Stabilisierung. Die Fachkraft B_04 beschreibt die Arbeit an Handlungsempfehlungen als *„Boje im Ozean"* (Abs. 20); B_05 nimmt schon das einfache *„Da-Sein"* selbst als Wirksamkeit wahr (Abs. 16). Darüber hinaus stellt B_07 einer Phase der Hoffnungslosigkeit das Wiederfinden von Sinn gegenüber:

> „Ich brenne für meine Überzeugung. Ich habe das Gefühl, ich muss das tun. … Die Arbeit, die ich mache, bewirkt etwas." (B_07, Abs. 118; aus dem Englischen übersetzt)

Während sie zuvor an der Wirksamkeit ihrer Arbeit zweifelte, gewinnt sie über die Überzeugung, etwas bewirken zu können, neue Motivation und Stabilität. Der erlebte Sinn wirkt damit als Gegengewicht zur Belastung.

Abgrenzung, Erholung und selektives Engagement

Während Mikropausen und Atemtechniken die Belastung im Arbeitsmoment selbst regulieren, beziehen sich die folgenden Strategien auf Abgrenzungsversuche nach der Arbeit. Dabei zeigen sich zwei Richtungen der Abgrenzung. Einerseits zwischen Arbeit und Privatleben nach außen, andererseits im eigenen Engagement nach innen. Die äußere Grenze wird materiell unterschiedlich über Tasche, Tür, Diensthandy, Fahrtweg und Arbeitszeiten gezogen:

> „Wenn ich durch die Tür rausgehe, lasse ich alles zurück. Und dann geht es mir auch gut. Also ich habe diese Abgrenzung für mich persönlich." (B_01, Abs. 20)

Die Befragten B_07 und B_03 nutzen das Diensthandy zur räumlich-zeitlichen Trennung. B_04 benennt dagegen die Schwierigkeit, diese Trennung im Homeoffice aufrechtzuerhalten:

> „mein Bett, meine Couch und mein Computer, die sind so einen halben Meter entfernt voneinander“ (B_04, Abs. 56).

Eine spezifische, vor allem von schwarzen Befragten, Strategie einer inneren Grenze bildet die bewusste Selektion und Auswahl von Kämpfen. B_01 beschreibt hier das Spannungsfeld zwischen Helfersyndrom, Gerechtigkeitssinn und Selbstabgrenzung (Abs. 56). B_05 verweist auf die solidarische Qualität der Arbeit:

> „Eigentlich ist es auch gut, dass wir diese Arbeit machen, und gleichzeitig schade, dass es diese Arbeit braucht. Das hat manchmal auch fast schon so einen solidarischen Gedanken.“ (B_05, Abs. 52)

Sie grenzt nicht die Arbeit als Ganzes ab, sondern reguliert innerhalb der Arbeit, wofür Kraft eingesetzt wird.

Soziale Bewältigungsstrategien

Die sozialen Bewältigungsstrategien der Befragten beziehen sich auf drei Beziehungskontexte: das Team und die institutionellen Reflexionsräume, das private Umfeld als Ressource außerhalb der Arbeit sowie die unmittelbare Beziehungsgestaltung mit den Klientinnen.

Reflexionsräume im Arbeitskontext

Im Datenmaterial bildet die Inanspruchnahme von Supervision in unterschiedlichen Formaten die meistgenannte soziale Bewältigungsstrategie ab. B_03 unterstreicht die Notwendigkeit einer Supervision, die selbst Person of Color sei, um die eigenen Themen tiefer adressieren zu können (Abs. 16). B_02 und B_05 arbeiten mit einer regelmäßigen Intervision in einem interdisziplinären Setting, das sie als professionalisierend erleben:

> „Diese Intervision hilft mir total, um mich selbst zu entlasten, und es gibt mir das Gefühl, dass wir auch dadurch professioneller arbeiten können.“ (B_02, Abs. 22)

Außerdem wird ein niedrigschwelliger kollegialer Austausch als zentrale Mikrostrategie beschrieben. B_02 nennt sofortige Gespräche mit Kolleg*innen aus der Koordinierungsstelle *„Debriefing“* (Abs. 22). Weiter betont B_04 die Offenheit ihres Teams, den Raum für Affekte anzubieten:

> „Es kam jetzt nicht wenig vor, dass wir in Arbeitsmeetings saßen und irgendjemand von uns geheult hat … Der Raum dafür war da.“ (B_04, Abs. 60)

Die Fachkräfte B_05 und B_07 empfinden eine Teamkultur, in der man sich jederzeit austauschen kann, als entlastend.
Auch das Vier-Augen-Prinzip zählt zu den selbstverständlich genutzten Routinen mehrerer Befragter (B_01, B_03, B_04, B_06). B_03 versteht es als professionellen Mindeststandard:

> „Ich versuche mich immer mit dem Vier-Augen-Prinzip, einer Rückversicherung, durch eine kollegiale Beratung.“ (B_03, Abs. 40)

Privates Umfeld als Ressource

Familie, Partner*innen, Geschwister und Freundschaften werden in allen Interviews als Ressource benannt. B_01 beschreibt familiäre Stabilität als Voraussetzung der eigenen Belastbarkeit:

> „Ich habe einfach eine sehr gute Ehe und […] sehr nette Kinder […]. So eine familiäre Stabilität ist immer ganz, ganz wichtig, um auch Dinge gut bewältigen zu können“

(B_01, Abs. 48). B_04 verweist auf eine kulturell unterschiedliche Selbstverständlichkeit des Zusammenlebens mehrerer Generationen (Abs. 68). Zugleich beschreiben mehrere Befragte das Gegenteil, da sie bewusst darauf verzichten, außerhalb der Arbeit ausführlich über belastende Inhalte zu sprechen, um ihr privates Umfeld nicht zu überlasten (B_03, Abs. 52). Das private Umfeld wirkt damit nicht nur als Ressource, sondern wird zugleich geschützt.

Beziehungsgestaltung mit Klientinnen

Das Ausüben einer kommunikativen Haltung wird mehrfach als bewältigende Strategie expliziert. B_01 betont zudem die Notwendigkeit einer wertschätzenden

Haltung und Sprachsensibilität in jeder Interaktion (Abs. 54). B_05 beschreibt Co-Regulation als gemeinsames Ankommen im Hier und Jetzt (Abs. 44).
B_06 formuliert knapp: *„Auf eine respektvolle Art und Weise, auf Augenhöhe“* (Abs. 66).
B_05 rahmt das Kommunizieren von Möglichkeiten und Grenzen gegenüber Klientinnen als entlastend (Abs. 32). Auffällig ist, dass diese Grenzziehung nicht als Distanz, sondern als Verlässlichkeit gerahmt wird.
Im Beratungsraum nutzen B_02 und B_05 anatomische Modelle, um Sprach- und Verstehensbarrieren zu überbrücken. B_02 setzt das Vulva-Stoffmodell vor und während der Untersuchung ein (Abs. 44), B_05 arbeitet mit dem Vergleich von Klitoris und Penis, um über Anatomie und sexuelle Reaktion aufzuklären (Abs. 78). Beide Methoden entlasten die Klientinnen kognitiv und verschieben den Fokus von der reinen Sprache auf das Sehen und Begreifen.

Kognitive Bewältigungsstrategien

Die kognitiven Bewältigungsstrategien dienen den Befragten dazu, die komplexen und multidimensionalen Anforderungen ihrer Arbeit strukturierbar und entscheidbar zu machen. Sie lassen sich in drei Bereiche gliedern: in Strukturierung und Planung, in kognitives Reframing und den Umgang mit Ungewissheit sowie in Wissensaneignung und kritische Selbstreflexion.

Strukturierung und vorausschauende Planung

Die meistgenannte kognitive Strategie ist die schriftliche Externalisierung. Sie reicht von Mappings und Mindmaps (B_03) über Textbausteine für Anamnesen (B_02), notierte und diktierte Gedanken (B_01) und Post-its bis zu Sprachnachrichten an sich selbst (B_04) sowie Listen und Priorisierungen (B_07). So unterschiedlich die Mittel sind, erfüllen sie dieselbe Funktion: Gedanken werden nach außen verlagert und dadurch geordnet. B_03 fasst dies für das Mapping prägnant zusammen:

> „Wenn ich mit denen arbeite, kann ich mir Dinge besser visualisieren. Ich bin dann besser darin, Kernelemente auf das Wesentliche zu reduzieren.“ (B_03, Abs. 70)

B_04 und B_06 planen ausdrücklich voraus und erwarten dabei bereits Engpässe und Hilfebedarfe:

> „Wie kann ich Puffer einbauen? Und wo brauche ich unbedingt Hilfe? Wo ich weiß, das kriege ich nicht alleine hin.“ (B_04, Abs. 72)

B_06 nutzt im Projektkontext eine Jahresplanung, die auch die Grenzen des Budgets von vornherein mitdenkt (Abs. 74). B_03 nutzt Pros-Cons-Listen zur Zielklärung; B_04 arbeitet mit Big-Picture-Fragen, der Zerlegung in Teilziele und mit Pufferzeiten.

Kognitives Reframing und Umgang mit Ungewissheit

Eine weitere kognitive Strategie ist die bewusste Neubewertung belastender Situationen. Lösungsorientierung wird dabei als Haltung beschrieben, nicht als Methode. B_05 nutzt mehrere Reframings: Verlangsamung als Strategie (Abs. 32) sowie die Metapher des Schuhs, den sie sich nicht anziehen wolle (Abs. 68). B_02 verschiebt den Fokus angesichts erlebter Ohnmacht bewusst auf den eigenen professionellen Handlungsspielraum: „auf das […] fokussieren, was ich eigentlich kann als Gynäkologin“ (B_02, Abs. 16).

Ferner beschreibt B_01 eine Lerntransformation von *„auf hohem Niveau jammern“* zu Dankbarkeit für die eigene Lebenslage (Abs. 68).

Eng damit verbunden ist eine bewusst prozessorientierte Haltung. B_05 erlaubt sich Nichtwissen und Irritation und versteht sie als produktiv, statt einem vorgefertigten Fahrplan zu folgen (Abs. 54, 60, 66). Diese Haltung kontrastiert mit den stärker strukturierenden Strategien und markiert eine charakteristische Spannung im Material: strukturieren auf der einen, Offenheit aushalten auf der anderen Seite. Insgesamt wirken diese Reframings kognitiv und emotional entlastend.

Wissensaneignung und kritische Selbstreflexion

Die kontinuierliche Aneignung von Wissen wird in fünf Interviews ausdrücklich als Bewältigungsstrategie verstanden. B_07 empfiehlt Trainings als zentrales Mittel der Vorbereitung auf den Erstkontakt mit Überlebenden (Abs. 128); B_03 betont das eigenständige Lesen und die Auseinandersetzung mit der Lebenswelt schwarzer Frauen (Abs. 90). Diesbezüglich verbindet B_06 das eigene Studium mit dem Mitdenken unterschiedlicher Fachdisziplinen (Abs. 70).

Selbstreflexion stellt im Datenmaterial eine Schnittstelle zwischen kognitiver und emotionaler Bewältigung dar. B_04 beschreibt einen wiederkehrenden Prozess der Innen- und Außenreflexion (Abs. 70). B_06 betont die Reflexion als Voraussetzung für die Strategieentwicklung (Abs. 52). B_05 fügt eine wichtige Abgrenzung hinzu und betont, dass die eigene Selbstreflexion nicht in Selbstverurteilung kippen dürfe (Abs. 76).

Strukturelle Bewältigungsstrategien

Über die personalen, sozialen und kognitiven Strategien hinaus benennen die Befragten Praktiken, die unmittelbar an die strukturellen Bedingungen ihrer Arbeit ansetzen. Sie reichen vom Wechsel in Forschungs- und Bildungsfelder über die partizipative Zusammenarbeit mit Community-Expertinnen und PoC-Allies bis zur Mitarbeit an institutionellen Leitfäden und Multi-Agency-Netzwerken. Diese Strategien adressieren nicht die einzelne Klientin, sondern das Versorgungssystem als Ganzes.

Strukturelles Engagement statt Resignation

Mehrere Befragte verlagern ihre Tätigkeit oder Anteile davon in Felder, die strukturelle Wirkung entfalten können. Forschung (B_04) und politische Bildungsarbeit (B_01) erscheinen dabei nicht als berufliche Optionen neben anderen, sondern als bewältigungsorientierte Reaktion auf die als unzureichend erlebte Versorgungslandschaft. Diese Strategie bildet das Gegenstück zur Resignation. Statt angesichts struktureller Ohnmacht zu verstummen, überführen die Fachkräfte ihren Unmut in strukturell und politisch wirksames Handeln.

Die Befragte B_04 benennt diese strukturellen Probleme in der Praxis als ihren Auslöser für ihren Wechsel in die Forschungsarbeit zu FGM/C:

> „Warum mache ich hier den ganzen B…, wenn man nicht in der Erkenntnis- und Wissensgewinnung mitwirkt und dann eben auch gesellschaftlich wirksam dieses Wissen transferiert und umsetzt und dann auch dazu beiträgt, dass Prozesse und Strukturen besser werden, vor allem für Personen, die eben nicht die Möglichkeit haben, da einzugreifen und trotzdem darunter leiden.“ (B_04, Abs. 6)

Mit dieser Aussage macht B_04 die strukturellen Versorgungsdefizite zum Auslöser eines beruflichen Wechsels. Die als unzureichend erlebten Lücken im Hilfesystem motivieren den Übergang von der praktischen Tätigkeit in die wissensgenerierende Forschung. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei B_01, die Anteile ihrer Tätigkeit in die politische Bildungsarbeit verlagert. Auch B_07 rahmt den eigenen Antrieb als Gegenentwurf zur Resignation: Sie wolle aktiv etwas verändern, statt angesichts wiederkehrender Gewalt zu resignieren, und setzt dafür auf Trainings und Aufklärung von Fachkräften (Abs. 36, 128).

Partizipative Arbeit mit Community-Expertinnen und PoC-Allies

Eine fallübergreifend zentrale Strategie ist die partizipative Zusammenarbeit mit Community-Expertinnen und PoC-Allies. B_02 beschreibt sie als Selbstverpflichtung:

> „Ich habe für mich beschlossen, dass ich keine Fortbildung mache, ohne dass ich das mit einer Expertin zusammen mache. Das war so eine Entscheidung. Anders geht es irgendwie nicht mit dem Thema." (B_02, Abs. 84)

B_03 mobilisiert dezidiert schwarze Frauenvereine als community-basierte Austauschräume (Abs. 62), B_06 und B_04 sehen Community-Expertinnen als integralen Bestandteil ihrer Projekt- und Forschungsarchitektur. B_01 fordert einen „Perspektivwechsel" darin, betroffene Frauen selbst als Expertinnen zu rahmen (Abs. 76).

Vier weiß gelesene Befragte reflektieren die eigene privilegierte Position (B_02, Abs. 18, 80; B_04, Abs. 22; B_06, Abs. 78; B_05, Abs. 76) und überführen sie in konkrete partizipative Praxis: in Co-Vorträge mit Community-Expertinnen (B_02, Abs. 84; B_05, Abs. 76) und in partizipative Forschungsdesigns mit Vetorechten (B_04, Abs. 62).

> „Da ist mir klar geworden, dass ich, wenn ich eine Sprachmittlung im Raum habe … Und ich als weiße, nicht beschnittene, nicht von ganz vielen Sachen betroffene Frau dann auf der anderen Seite dieses Schreibtischs sitze, dass das ja irgendwie auch zu bedenken ist." (B_02, Abs. 18)

Institutionelle Leitfäden und Multi-Agency-Vernetzung

B_02 hat ihre Erfahrungen mit Sprachmittlung in einen formalen Leitfaden überführt (Abs. 22).

Über das eigene Team hinaus werden lokale, deutschland- und europaweite Netzwerke und Dachverbände mobilisiert (B_03, B_04, B_06). B_07 beschreibt ein formalisiertes britisches Multi-Agency-Konferenzverfahren, das Versorgungslücken schließe (Abs. 92).

5.4 Teilmodelle und Gesamtmodell der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien

Aus der Verdichtung der dargestellten Ergebnisse ergeben sich zunächst zwei Teilmodelle, die die Herausforderungen und die Bewältigungsstrategien der Fachkräfte jeweils für sich systematisch ordnen, sowie ein integrierendes Gesamtmodell, das beide zusammenführt. Die beiden Teilmodelle folgen demselben Aufbau entlang von vier Dimensionen: den drei theoretisch hergeleiteten Dimensionen emotional, sozial und kognitiv sowie der induktiv aus dem Material gebildeten Dimension strukturell. Dabei zeigen sie auf, dass die Tätigkeit der Fachkräfte weder als rein individuelle Leistung noch als reine Reaktion auf strukturelle Bedingungen verstanden werden kann, sondern als Zusammenspiel von Anforderungen und Strategien auf allen vier Ebenen. Die Modelle dienen als Orientierung und erheben keinen Anspruch auf Linearität.

Teilmodell der Herausforderungen

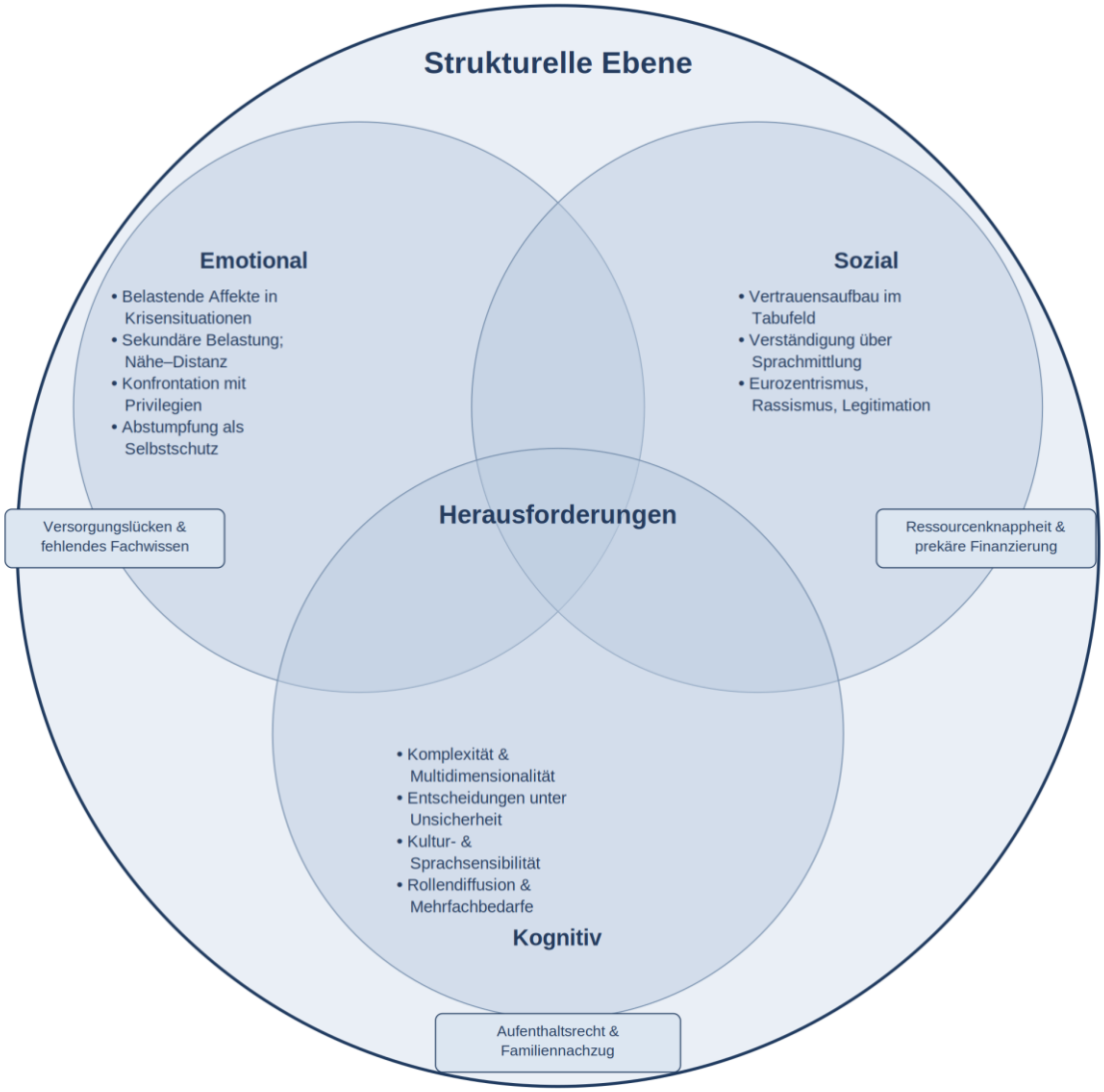
Das Teilmodell der Herausforderungen versteht die vier Subkategorien als gleichzeitig wirksame Belastungsdimensionen. Die emotionalen Anforderungen wirken am unmittelbarsten, da sie direkt in der Begegnung mit den Klientinnen und ihren Lebensgeschichten entstehen. Die sozialen Herausforderungen markieren die interaktionale Ebene, in der affektive und kognitive Anforderungen ineinandergreifen. Die kognitiven Herausforderungen verlangen den Fachkräften eine kontinuierliche mentale Strukturierungsarbeit ab.

Ein besonderes Merkmal der strukturellen Herausforderungen ist, dass sie nicht deduktiv und theoriegeleitet, sondern induktiv aus dem Material entstanden sind.

Dabei zeigt sich, dass strukturelle Bedingungen in den Interviews durchgängig gemeinsam mit den emotionalen, sozialen und kognitiven Anforderungen auftreten: etwa die Ohnmacht über das Asylsystem, die Wut über die fehlende Versorgung, die durch Ressourcenknappheit verschärfte kognitive Überforderung oder die aufenthaltsrechtlich bedingten Krisensituationen, die die Fachkräfte emotional mittragen. Die strukturelle Dimension wird deshalb sowohl als eigenständige Belastungsdimension als auch in Verbindung mit den übrigen drei beschrieben. Wie dieser Zusammenhang zu deuten ist, wird in Kapitel 6 ausgeführt.

Abbildung 6

Teilmodell der Herausforderungen



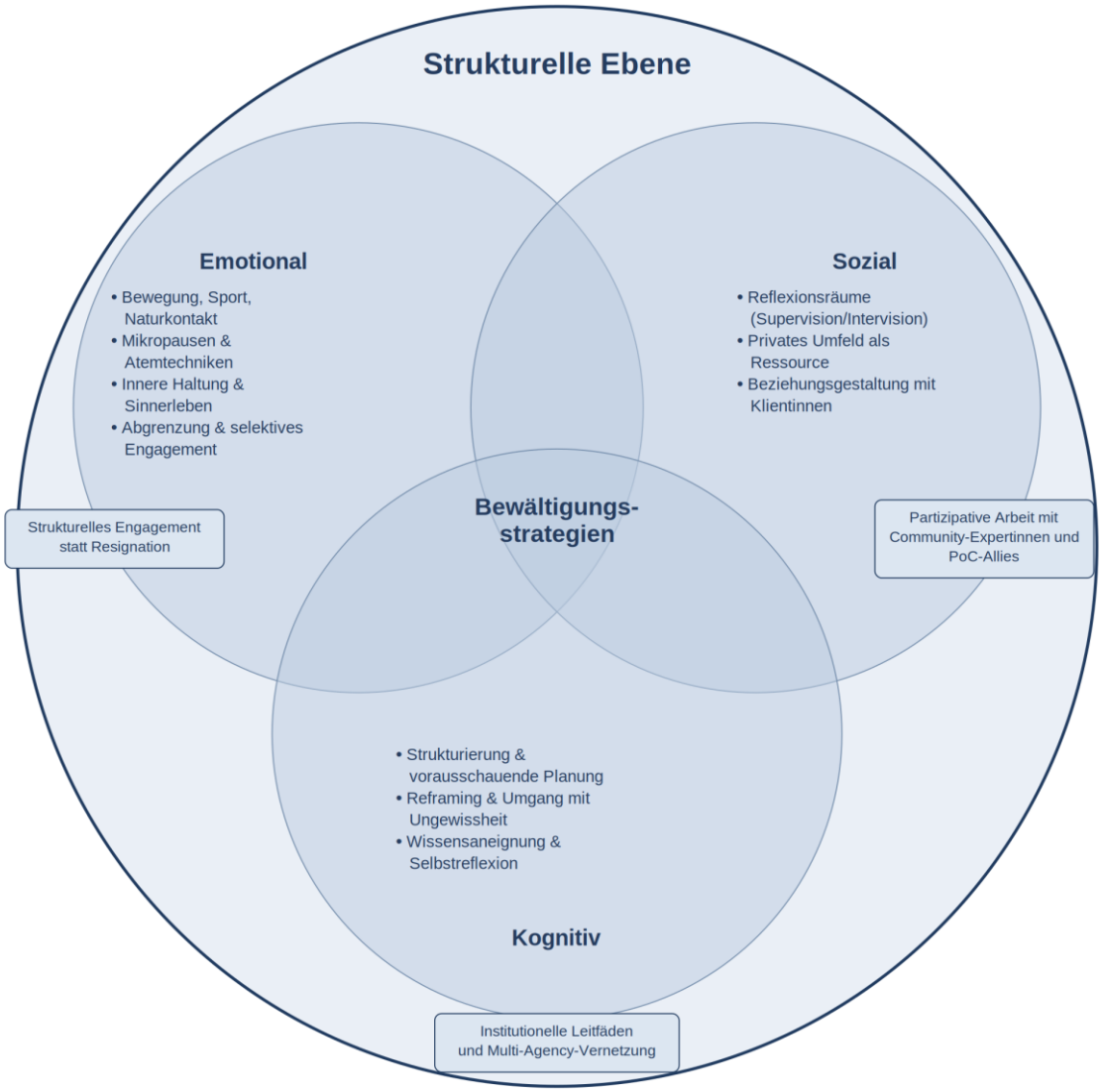
Anmerkung. Eigene Darstellung.

Teilmodell der Bewältigungsstrategien

Das Teilmodell der Bewältigungsstrategien stellt das Pendant zum Modell der Herausforderungen dar. Es ordnet die Strategien entlang derselben vier Dimensionen. Die emotionalen Strategien zielen auf die Regulation affektiver Zustände ab. Die sozialen Strategien bearbeiten die Belastungen im interaktionalen Raum durch Supervision, kollegialen Austausch und wertschätzende Kommunikation. Die kognitiven Strategien machen die Komplexität der Fälle bearbeitbar.

Abbildung 7

Teilmodell der Bewältigungsstrategien



Anmerkung. Eigene Darstellung.

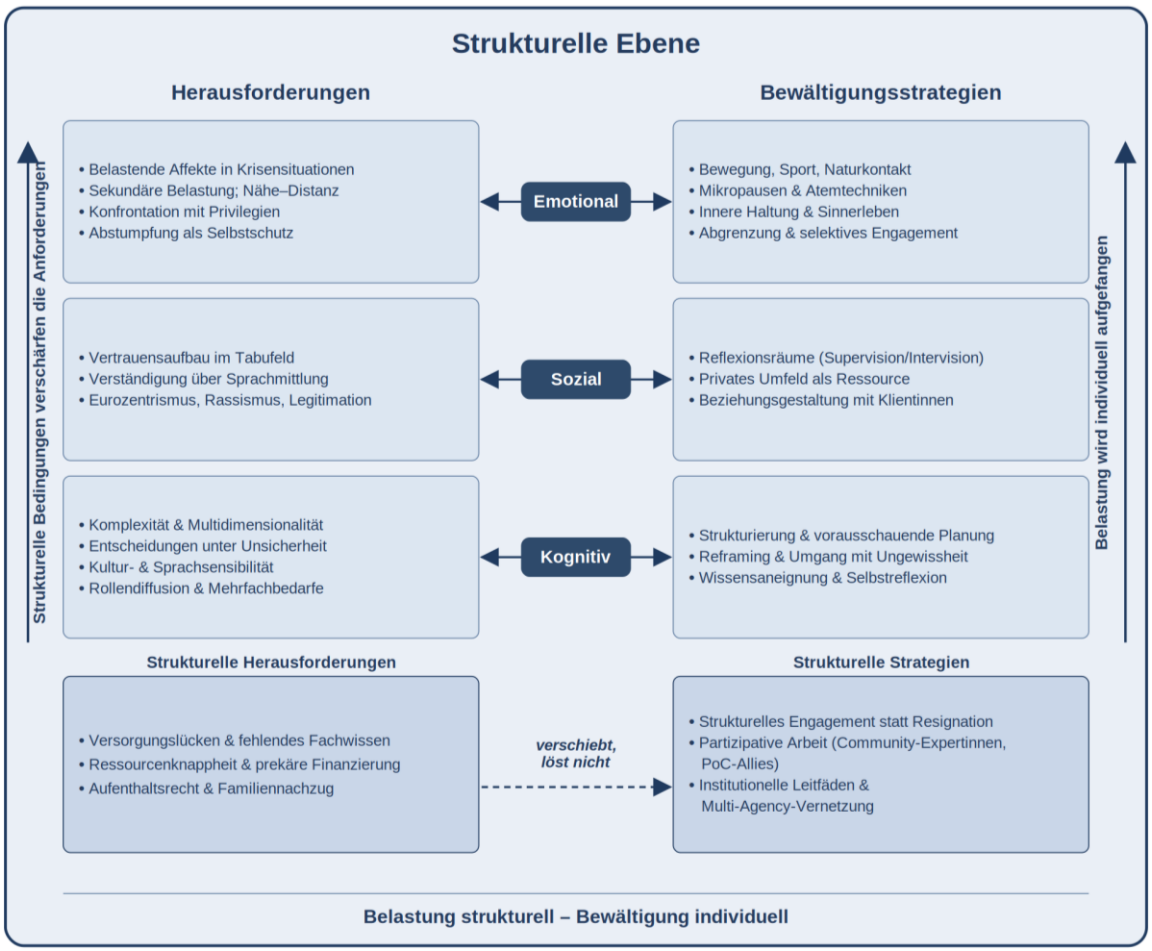
Die strukturellen Strategien setzen jedoch anders als die übrigen drei Dimensionen an. Sie beziehen sich nicht auf die Regulation der einzelnen Fachkraft, sondern vielmehr auf die Veränderung der Bedingungen, unter denen Unterstützung stattfindet. Sie werden im Material weniger häufig genannt als die emotionalen, sozialen und kognitiven Strategien und werden vor allem von erfahrenen Befragten und solchen mit Forschungs- oder Koordinierungsfunktion formuliert.

Gesamtmodell der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien

Während die beiden Teilmodelle die Herausforderungen und die Bewältigungsstrategien jeweils für sich ordnen, führt das Gesamtmodell beide zusammen und macht zwei Zusammenhänge sichtbar, die in der getrennten Betrachtung verborgen bleiben (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8

Gesamtmodell der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien



Anmerkung. Eigene Darstellung

Erstens die Kopplung: Auf der emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene steht jeder Herausforderung ein passendes Bündel an Strategien auf derselben Ebene gegenüber, sodass Belastung und Bewältigung dimensionsweise ineinandergreifen. Zweitens die Lücke: Auf der strukturellen Ebene entsteht zwar Belastung, ihr steht jedoch keine gleichwertige strukturelle Bewältigung gegenüber. Die strukturellen Strategien – strukturelles Engagement, partizipative Arbeit sowie institutionelle Leitfäden und Vernetzung – verschieben das Problem eher auf die System- und Forschungsebene, als dass sie es auflösen. Die verbleibende strukturelle Belastung wird dadurch über die individuellen emotionalen, sozialen und kognitiven Strategien aufgefangen. Das Gesamtmodell verdichtet diese Konstellation zu der zentralen Aussage: Die Belastung ist strukturell, die Bewältigung individuell.

Zusammenfassend zeigt der Vergleich beider Modelle eine charakteristische Asymmetrie. Für die emotionalen, sozialen und kognitiven Herausforderungen finden sich viele passende Strategien, für die strukturellen kaum. Versorgungslücken, Ressourcenknappheit und aufenthaltsrechtliche Hürden können die Fachkräfte selbst nicht lösen. Strategien wie der Wechsel in die Forschung, partizipative Arbeit oder die Mitarbeit an Leitfäden verschieben das Problem eher, als dass sie es lösen. Die Folgen fangen die Fachkräfte mit ihren eigenen emotionalen, sozialen und kognitiven Bewältigungsstrategien auf. Die Belastung ist also strukturell, die Bewältigung individuell. Wie diese Lücke zu bewerten ist, wird in Kapitel 6 ausgeführt.

6 Diskussion

Die in Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse werden im Folgenden interpretiert und in Beziehung zum theoretischen Rahmen der Arbeit gesetzt. Die Interpretation folgt dem Aufbau der Arbeit und beantwortet die beiden Forschungsfragen nacheinander: zuerst die Herausforderungen (FF1), dann die Bewältigungsstrategien (FF2), jeweils entlang der vier Dimensionen emotional, sozial, kognitiv und strukturell. In einem dritten Schritt werden beide Antworten zusammengeführt. Grundlage bleibt das in Kapitel 5.4 entwickelte Gesamtmodell mit der zentralen

Erkenntnis einer asymmetrischen Kopplung zwischen Belastungs- und Bewältigungsmustern: Während emotionale, soziale und kognitive Herausforderungen in den Daten ein dichtes Repertoire an entsprechenden Strategien finden, bleibt die strukturelle Dimension systematisch unterversorgt.

6.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen sich entlang der vier Dimensionen emotional, sozial, kognitiv und strukturell interpretieren.

Beantwortung von Forschungsfrage 1: Herausforderungen

Forschungsfrage 1 lautet: „Welche spezifischen Herausforderungen erleben Fachkräfte im Umgang mit Frauen, die von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM/C) betroffen sind?“

Emotionale Herausforderungen: Ein zentrales Ergebnis ist die enge Verknüpfung emotionaler Reaktionen mit strukturellen, politischen und institutionellen Bedingungen. Wut, Frustration, Ohnmacht und Trauer entstehen in den Interviews selten allein aus der Einzelfallarbeit, sondern aus der Wiederkehr struktureller Einschränkungen: restriktiver Familiennachzug, unzureichendes Wissen im Hilfesystem, fehlende Versorgungspfade und der Mangel an mehrsprachigem Informationsmaterial. Diese Erkenntnis erweitert die in der Forschungsliteratur dominante Lesart sekundärer Traumatisierung als primär psychologisches Phänomen (Figley, 1995): Die Belastung ist psychisch in der Wirkung, aber strukturell in der Ursache.

Theoretisch lässt sich die emotionale Belastung mit Lazarus und Folkman (1984) als kontinuierlicher Bewertungs- und Bewältigungsprozess verstehen. Intensive affektive Aktivierung entsteht dann, wenn die primäre Bewertung einer Situation als belastend auf eine sekundäre Bewertung der eigenen Ressourcen als defizitär trifft. Genau diese Konstellation prägt die Schilderungen: B_05 thematisiert das Aushalten von Ohnmacht im Asylverfahren, B_06 beschreibt strukturelle Ungerechtigkeit als wiederkehrenden Belastungsauslöser, B_07 generalisiert die Ohnmacht über das einzelne Setting hinaus. Die affektive Reaktion ist hier nicht Ausdruck individueller Vulnerabilität, sondern eine angemessene Antwort auf einen objektiv eingeschränkten Handlungsspielraum.

Eine zweite Anschlussstelle ist Figleys (1995) Konzept der Compassion Fatigue. B_02 schildert wiederkehrende Träume nach belastenden Sprechstunden, B_05 berichtet von Schlafstörungen, B_03 thematisiert das Eindringen traumatischer Inhalte in den privaten Raum. Cocker und Joss (2016) zeigen, dass solche Symptome in psychosozialen Berufen verbreitet sind; Henderson et al. (2025) ergänzen ein erhöhtes Risiko bei eigener Traumavorgeschichte. Im vorliegenden Material ist die dominierende emotionale Belastung jedoch nicht primär an die Trauma-Inhalte der Klientinnen gebunden, sondern an die strukturelle Wiederkehr von Versagen im Hilfesystem. Sekundäre Traumatisierung erscheint damit als hybrides Phänomen: trauma-induziert in der Form, struktur-induziert in der Genese.

Soziale Herausforderungen: Die sozialen Herausforderungen betreffen vor allem den interaktionalen Raum. Zu den am häufigsten genannten Belastungen zählen Konflikte mit Sprachmittler*innen, eurozentrische Strukturen, mangelndes Fachwissen im Umfeld und die Isolation einzelner Fachkräfte. Der Vertrauensaufbau im tabuisierten Themenfeld lässt sich mit Goffmans (1963) Stigma-Theorie deuten: Was in Kapitel 2 auf die Klientinnen bezogen wurde, die Kontrolle über ein unsichtbares, diskreditierbares Stigma, strukturiert auch die Beziehungsarbeit der Fachkräfte. Vertrauensaufbau ist nicht nur eine kommunikative Aufgabe, sondern soziale Arbeit am Stigma (B_01, B_02, B_05): durch lange Termine, Anschauungsmaterial und sprachlich behutsame Annäherung. Die Fachkraft fungiert als Brücke zwischen den Welten der „Normalen“ und der „Stigmatisierten“, ohne in eine paternalistische Zuschreibung von Hilfsbedürftigkeit zu verfallen.

Kognitive Herausforderungen: Auf kognitiver Ebene ergeben sich die Herausforderungen aus der Komplexität und Multidimensionalität der Fälle, in denen FGM/C selten isoliert, sondern verschränkt mit Flucht, Asyl, Trauma, Armut und häuslicher Gewalt auftritt. Hinzu kommen Entscheidungen unter Unsicherheit, etwa bei Attestierung und Klassifikation, die kontinuierliche Daueraufgabe kultur- und sprachsensibler Arbeit sowie die Rollendiffusion in Lagen, in denen Klientinnen mehrere Bedürfnisse zugleich an eine einzelne Fachkraft herantragen. Diese Anforderungen verlangen eine fortlaufende mentale Strukturierungs- und Übersetzungsleistung, die die Befragten als dauerhaft präsent beschreiben.

Intersektionale Positionierung als Herausforderung: Eine der dichtesten Linien betrifft die intersektionale Dimension der Tätigkeit. Die schwarzen Befragten (B_01, B_03, B_07) thematisieren Mehrfachpositionen: Sie sind Fachkräfte, zugleich potenziell selbst von Rassismus und geschlechtsbezogener Gewalt betroffen oder in Communities mit Betroffenheitsbezug verankert, und werden in weißdominierten Settings als Ausnahme markiert. Diese Mehrfachpositionierung produziert spezifische emotionale und kognitive Anforderungen: eigene Marginalisierungserfahrungen reflektieren, exotisierende Wissensbestände erkennen und konterkarieren, Solidarisierung und Selbstabgrenzung austarieren. B_01 beschreibt diese Lage als „Alleinkämpferin“. Auch die Klientinnen sind mehrfach positioniert, als FGM/C-Betroffene, Migrantinnen, Schwarze Frauen, Asylsuchende, Mütter mit zurückgelassenen Kindern und sprachlich marginalisierte Personen. Diese Mehrfachpositionierungen dürfen weder bagatellisiert noch in eine eindimensionale Identitätszuschreibung aufgelöst werden, soll die Arbeit fachlich angemessen bleiben. Hierin verdichtet sich B_03s Bild des „Afrika als Labor“: Es argumentiert nicht moralisierend gegen einzelne Personen, sondern erkenntnistheoretisch und verweist auf die Macht- und Wissensverhältnisse im Versorgungssystem, in dem FGM/C auch in wohlwollenden Settings als exotisierter Sonderfall behandelt wird, der Forschungsgelder und symbolisches Kapital verspricht.

Abstumpfung als ambivalente Herausforderung: Eine theoretisch besondere Beobachtung betrifft die emotionale Abstumpfung. Sie wird ambivalent beschrieben: einerseits als Schutzmechanismus, der die Berufsausübung erst ermöglicht und emotionale Distanz zur Gewaltschilderung herstellt, andererseits als Risiko, die emotionale Resonanzfähigkeit zu verlieren. B_02 reflektiert beide Pole, B_07 spitzt die Beobachtung als „you somehow become numb to it“ zu, B_06 ist sich unsicher, ob die belastenden Gefühle über die Zeit nachlassen oder sich in eine Gewohnheit wandeln. Im Sinne der Compassion-Fatigue-Forschung lässt sich eine moderate Abstumpfung als adaptive Reaktion verstehen, eine starke dagegen als Marker für Compassion Fatigue oder Burn-out. Entscheidend ist die Fähigkeit zur reflexiven Beobachtung des eigenen Affekts, die verhindert, dass

Abstumpfung in dauerhaften Empathieverlust übergeht; sie ist daher selbst als Schutzfaktor zu lesen.

Strukturelle Herausforderungen: Die strukturelle Dimension ist nicht theoretisch vorgegeben, sondern induktiv aus dem Material entstanden, und erweist sich zugleich als durchgängiger Bezugspunkt der drei übrigen Ebenen. Als eigenständige Herausforderungen benennen die Befragten Versorgungslücken und fehlendes Fachwissen im Hilfesystem, eine prekäre Projektfinanzierung mit knapper Termintaktung und niedrigen Sprachmittlungshonoraren sowie aufenthaltsrechtliche Hürden, insbesondere beim Familiennachzug und der drohenden Beschneidung zurückgelassener Kinder. Diese strukturellen Bedingungen schlagen, wie oben gezeigt, unmittelbar auf die emotionale, soziale und kognitive Ebene durch.

Forschungsfrage 1 lässt sich damit dahingehend beantworten, dass die Fachkräfte auf allen vier Ebenen herausgefordert werden, wobei die strukturelle Ebene die emotionalen, sozialen und kognitiven Belastungen wesentlich mitverursacht und verstärkt.

Beantwortung von Forschungsfrage 2: Bewältigungsstrategien

Forschungsfrage 2 lautet: „Welche Bewältigungsstrategien und Ressourcen nutzen Fachkräfte im Umgang mit FGM/C-betroffenen Frauen?“ Auch die Bewältigungsstrategien lassen sich entlang der vier Dimensionen ordnen, wobei sich zeigt, dass die strukturelle Ebene zwar adressiert, aber nur unzureichend bearbeitet werden kann.

Emotionale Strategien: Auf emotionaler Ebene dominieren körper- und erholungsbezogene Strategien sowie eine vertiefte affektive Selbstregulation. Mit Hochschilds (1983, zit. nach Neckel, 2022) Konzept der Emotionsarbeit lässt sich diese als „deep acting“ beschreiben: Die Befragten schildern kaum vorgetäuschte Emotion („surface acting“), sondern eine innere Modulation des Empfindens, die als integraler Bestandteil professioneller Beziehungsarbeit verstanden wird. B_01 spricht vom „Spagat zwischen Frustration und Professionalität“, B_03 deutet Tränen im Gespräch als legitime professionelle Reaktion, B_05 setzt Co-Regulation bewusst als Beziehungsressource ein. Diese Emotionsarbeit ist ressourcenintensiv und erklärt, warum Erholungs- und Mikropausenstrategien so häufig

auftreten. Stamm (2010) erweitert die Compassion-Fatigue-Forschung um die Compassion Satisfaction, die positive Resonanz aus dem Helfen selbst; sie findet sich deutlich (B_01: Dank der Klientinnen; B_05: Begleitung positiver Entwicklungen; B_02: sinnstiftende Wiederbegegnungen). Eine ausschließlich auf individuelle Coping-Ressourcen wie Achtsamkeit oder Resilienztrainings zielende Unterstützung greift jedoch zu kurz, wenn sie nicht durch strukturelle Maßnahmen begleitet wird.

Soziale Strategien: Soziale Strategien erweisen sich als wirksamste Form der Bewältigung. Mit Cohen und Wills (1985) lassen sich ein Haupteffekt (soziale Unterstützung wirkt grundsätzlich gesundheitsförderlich) und ein Puffereffekt (sie mildert akute Belastungen ab) unterscheiden; beide sind im Material nachweisbar. Der Haupteffekt zeigt sich in der durchgängigen Berufszufriedenheit trotz hoher Belastung, etwa wenn B_04 ihr Team als „Sicherheitsnetz“ beschreibt; der Puffereffekt in der gezielten Nutzung von Supervision, Intervision und kollegialem Debriefing nach belastenden Fällen, die alle sieben Befragten beschreiben. Whittenbury et al. (2025) ergänzen mit dem Resilience Portfolio Model die Dimension der Interpersonal Strengths. Diese erscheint im Material als zentraler Schutzfaktor, ist aber strukturell unsicher verfügbar: Wo Teams klein und ohne Vertretung sind, fehlt die Pufferung systematisch (B_05, B_02).

Zwei Erweiterungen sind für das Feld spezifisch. Erstens muss soziale Unterstützung intersektional passend sein, um zu wirken: B_03 fordert eine Supervisorin, die selbst Person of Color ist, B_07 verweist auf die Bedeutung ethnischer Passung im Beratungs-Setting. Zweitens wirken soziale Strategien weniger über Einzelgespräche als über stabile Strukturen. Auf der Haltungsebene korrespondieren die Daten mit dem Konzept der Cultural Humility (Tervalon & Murray-García, 1998; Foronda et al., 2016), das interkulturelle Kompetenz nicht als erreichbaren Zustand, sondern als lebenslange Reflexionspraxis versteht; auf der DMIS-Skala (Bennett, 1986, 2017) verorten sich die Befragten überwiegend ethnorelativ, beschreiben ihre Entwicklung aber als fortlaufend. Diese Haltung wird in konkrete Praxis überführt: Selbstverpflichtung zu Co-Vorträgen mit Community-Expertinnen (B_02), partizipative Forschungsdesigns mit Vetorechten (B_04), Einbindung von Community-Expertinnen in Fortbildungen (B_05). Damit stützen die Daten

die Forderung (vgl. Schwenken, 2016), Versorgung im Feld FGM/C nicht ohne Beteiligung betroffener Communities zu gestalten.

Kognitive Strategien: Auf kognitiver Ebene zeigt sich eine charakteristische Spannung zwischen Strukturierung und Prozessoffenheit. Eine Gruppe von Strategien zielt auf Komplexitätsreduktion (Mappings bei B_03, Textbausteine und Diagnosen-Templates bei B_02, Listen und Priorisierungen bei B_07, Jahresplanung bei B_06, Checklisten bei B_04), eine zweite auf Toleranz für Nichtwissen und Verlangsamung (B_05 arbeitet ausdrücklich prozessorientiert, ohne vorgefertigten Fahrplan). Beide Gruppen konfligieren nicht, sondern werden situativ aktiviert. Damit erweitert das Material die klassische Trias problem-, emotions- und sinnfokussierten Copings (Lazarus & Folkman, 1984) um eine vierte, toleranz-fokussierte Strategie: das aktive Aushalten von Unklarheit und Komplexität, das die Aufmerksamkeit für die Lebensrealität der Klientin offenhält. Diese Form schließt an Folkmans (2008) meaning-focused coping an und ist eng mit der Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 2002) verknüpft, die im Material allerdings differenziert erscheint: als situative Wirksamkeit im Beratungsraum bei gleichzeitig hoher reflexiver Distanz zur Wirkmacht individuellen Handelns auf systemischer Ebene. Die in Kapitel 5.3 beschriebene kritische Selbstreflexion und die kontinuierliche Wissensaneignung lassen sich zudem als reflexive Praxis im Sinne Schöns (1983) deuten: Die Befragten verbinden reflection-in-action im Beratungsmoment mit reflection-on-action in Supervision und kollegialem Austausch und überführen Belastungserfahrungen so in professionelle Weiterentwicklung (Hommel et al., 2023).

Strukturelle Strategien: Auf struktureller Ebene reagieren die Fachkräfte mit der Verlagerung der eigenen Tätigkeit in Forschung und politische Bildungsarbeit, mit partizipativer Arbeit mit Community-Expertinnen sowie mit der Mitarbeit an institutionellen Leitfäden und Multi-Agency-Netzwerken. Mit Hobfolls (2002) Conservation-of-Resources-Theorie lassen sich die strukturellen Belastungen (prekäre Finanzierung, fehlende Vertretung, restriktives Aufenthaltsrecht) als chronische Ressourcenverluste verstehen, die individuelle Bewältigung bestenfalls puffern, nicht aber kompensieren kann. Metzl und Hansen (2014) ergänzen mit dem Konzept der Structural Competency, der geschulten Fähigkeit von Fachkräften,

Belastungen und Symptome ihrer Klientinnen nicht nur individuell oder kulturell, sondern als Folge übergeordneter struktureller Bedingungen wie Gesetzgebung, Versorgungsorganisation und ökonomischer Verteilung zu erkennen und darauf zu reagieren. Die Befragten haben diese Kompetenz in hohem Maß ausgebildet, sie erkennen strukturelle Ursachen und formulieren Handlungsempfehlungen. Was fehlt, sind die institutionellen Antworten darauf: stabile Finanzierungspfade, klare Versorgungsstandards, designierte Ansprechpersonen und partizipative Strukturen. Die strukturellen Strategien verschieben das Problem damit eher, als dass sie es lösen.

Forschungsfrage 2 lässt sich dahingehend beantworten, dass die Fachkräfte auf der emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene über ein ausdifferenziertes Repertoire an Strategien verfügen, während die strukturellen Strategien die zugrunde liegenden Defizite nur verschieben, nicht aber auflösen können.

Verschränkung und Kompensation: Die Verbindung beider Antworten führt zum zentralen Ergebnis der Untersuchung. Die in Kapitel 5 dargestellten Strategien sind überwiegend auf der Ebene der einzelnen Fachkraft, des Teams oder eines lokalen Netzwerks angesiedelt. Sie greifen dort, wo personale und interaktionale Ressourcen vorhanden sind, und weniger dort, wo die Belastungen strukturell sind: eurozentrische Wissensbestände, restriktive Asylpolitik, prekäre Projektfinanzierung, niedrige Sprachmittlungshonorare und fehlende klinische Standards.

Die individuellen, sozialen und kognitiven Strategien übernehmen daher implizit eine Kompensationsfunktion für strukturelle Defizite: Wo das Hilfesystem versagt, springen die Fachkräfte mit eigener Affektregulation, kollegialen Reflexionsräumen und kognitiver Strukturierung ein. Diese stellvertretende Leistung überlastet die Schultern einzelner Fachkräfte systematisch. Die Verschränkung von individueller Bewältigung und strukturellem Versagen ist damit kein Nebenaspekt, sondern das zentrale Ergebnis: Strukturelle Probleme verlangen strukturelle Antworten, nicht individuelle Kompensation.

Reichweite der Ergebnisse: Die Ergebnisse beruhen auf sieben Expert*innen-interviews mit Fachkräften aus Beratung, Versorgung, Bildungs-, Koordinations- und Forschungsarbeit zu FGM/C. Sie stehen in der Tradition qualitativer

Forschung, die nicht statistische Repräsentativität, sondern konzeptuelle Tiefe anstrebt. Über sieben Disziplinen, drei Settings und Berufserfahrungen von einem bis siebzehn Jahren hinweg ergeben sich konsistente Muster.
Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Bewältigungsleistung der Fachkräfte nicht auf individuelle Selbstregulation reduziert werden darf, sondern als strukturelle und organisationale Aufgabe zu begreifen ist, die in Aus- und Weiterbildung, Supervision und institutioneller Unterstützung systematisch zu verankern ist. Individuelle Coping-Ressourcen stoßen dort an Grenzen, wo die Belastungen strukturell verursacht sind und politische sowie versorgungsstrukturelle Antworten erforderlich werden.

6.2 Implikationen für die Praxis

Aus den dargestellten Befunden ergeben sich konkrete Implikationen für die psychosoziale, medizinische und beraterische Versorgungspraxis im Themenfeld FGM/C. Sie betreffen institutionelle Rahmenbedingungen, Aus- und Weiterbildung, Beziehungsgestaltung mit Klientinnen sowie die intersektionale Ausrichtung professionellen Handelns. Im Folgenden werden vier zentrale Linien skizziert, die sich aus den Interviews ableiten lassen.
Eine erste Implikation betrifft die strukturelle Absicherung der Tätigkeit. Die Daten zeigen, dass die in Kapitel 5.4 dokumentierte asymmetrische Kopplung zwischen strukturellen Belastungen und individuellen Strategien nur durch institutionelle Antworten aufgelöst werden kann. Konkret bedeutet das: designierte Ansprechpersonen für FGM/C in Krankenhäusern und Kliniken, klare Behandlungspfade einschließlich verbindlicher Standards für gynäkologische Untersuchung, Attestierung und Rekonstruktion, ausreichende Sprechstunden- und Sprachmittlungsbudgets, Vertretungsregelungen für spezialisierte Fachkräfte sowie eine nachhaltige Finanzierung spezialisierter Beratungsstellen jenseits prekärer Projektförderung (Abdulcadir et al., 2022, S. 7–10; Kandala & Komba, 2018, S. 105–111). Zu diesen Behandlungspfaden zählt auch die gezielte Aufklärung betroffener Frauen über die gesundheitlichen Risiken und Folgen von FGM/C, insbesondere im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge (UNICEF, 2005a). Neben kurzfristiger Unterstützung bei akuten psychischen Belastungen infolge körperlicher oder

emotionaler Folgen kann auch eine langfristige psychosoziale Begleitung erforderlich sein, um die komplexen Auswirkungen von FGM/C zu adressieren. In der klinischen Praxis zeigen viele Patientinnen bereits eine ausgeprägte Motivation im Sinne der Selbstbestimmung bezüglich Rekonstruktionsprozessen und begegnen dem Eingriff mit dem Wunsch nach körperlicher und psychischer Stabilisierung (O'Dey, 2023, S. 94). Die in den Interviews wiederkehrenden Ohnmachtserfahrungen sind, wie in 6.1 ausgeführt, nicht primär individueller Natur, sondern Ausdruck struktureller Defizite. Sie verlangen entsprechend strukturelle Antworten.

Eine zweite Implikation betrifft Aus- und Weiterbildung. Die in den Daten rekonstruierten kognitiven Strategien (Strukturierung, Lösungsorientierung, Wissensaneignung, prozessorientiertes Aushalten) sind nicht angeboren, sondern müssen erworben und reflexiv weiterentwickelt werden. Curricula in Medizin, Psychotherapie, Sozialer Arbeit und Pflege sollten FGM/C als eigenständigen Versorgungsgegenstand verankern und dabei nicht nur Wissen über medizinische Klassifikation und Folgen vermitteln, sondern auch die Haltung der Cultural Humility (Foronda et al., 2016), trauma-informierte Gesprächsführung und intersektional sensibilisierte Beratungskompetenzen ausbilden. Die Befragten verweisen wiederholt darauf, dass Fortbildungen ohne Beteiligung von Community-Expertinnen das Risiko bergen, eurozentrische Wissensbestände zu reproduzieren (B_01, B_02, B_03, B_06). Partizipative Formate sind daher kein Nice-to-have, sondern fachliche Voraussetzung.

Eine dritte Implikation stellt die intersektional sensible Ausrichtung professionellen Handelns dar. Die in den Interviews dokumentierten Mehrfachpositionierungen der Klientinnen verlangen von Fachkräften eine Sensibilität für die simultane Wirkung verschiedener Diskriminierungsachsen. Konkret bedeutet das: Anamnese- und Beratungsleitfäden, die FGM/C nicht isoliert, sondern eingebettet in die gesamte Lebenssituation der Frauen erfassen; ein kultur- und sprachsensibler Umgang, der weder kulturalisiert noch homogenisiert; explizite Reflexion eigener Positionierungen und Privilegien im Beratungsprozess; sowie der Aufbau lokaler und überregionaler Multi-Agency-Strukturen (wie das im Material durch B_07 beschriebene britische Multi-Agency-Konferenzverfahren), die

verschiedene Disziplinen und Communities zusammenführen (Burrage, 2015, Kap. 10). Die Daten zeigen, dass Fachkräfte intersektionale Sensibilität dort am wirksamsten umsetzen, wo sie nicht als individuelle Haltung, sondern als institutionalisierte Praxis verankert ist.

Eine vierte Implikation betrifft schließlich die Beziehungsgestaltung mit den Klientinnen. Die Daten machen deutlich, dass Vertrauen im tabuisierten Themenfeld Zeit, Kontinuität und eine bewusste Gestaltung des Erstkontakts braucht. Daraus ergeben sich konkrete praktische Konsequenzen: längere Erst- und Folgetermine, verbindliche Vertraulichkeitsstandards in der Anmeldung, eine wertschätzende und sprachsensible Kommunikation auch durch nicht-fachliches Personal sowie die Möglichkeit, Sprachmittlung qualitativ hochwertig und verlässlich einzukaufen. Begleitend braucht es verbindliche Supervisionsangebote, die intersektional passend besetzt sind – die Forderung von B_03 nach einer Person-of-Color-Supervisorin ist hierfür exemplarisch und in einer migrationssensiblen Versorgungsstruktur regelhaft zu ermöglichen.

6.3 Limitationen

Die vorliegende Arbeit unterliegt verschiedenen Limitationen, die im Folgenden auf vier Ebenen reflektiert werden: methodische Limitationen, sample- und kontextbezogene Limitationen, sprachliche Limitationen sowie inhaltliche Limitationen im Verhältnis zur Forschungsfrage.

Methodisch ist festzuhalten, dass die Auswertung mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) zwar eine systematische Verdichtung des Materials entlang theoretisch hergeleiteter Kategorien erlaubt, gleichzeitig aber auf eine statistische Repräsentativität verzichtet. Die Ergebnisse lassen sich daher nicht im Sinne quantitativer Forschung verallgemeinern. Die Kategorienbildung wurde von einer einzelnen Forscherin durchgeführt. Daher konnte keine zweite, unabhängige Kodierung im Sinne des Gütekriteriums der Intercoderreliabilität bzw. der kommunikativen Validierung realisiert werden. Stattdessen wurde die Konsistenz der Kategorien durch die wiederholte Textanalyse und das Kategorien-Mapping sowie durch die Erstellung eines ausführlichen Kodierleitfadens (Anlage E) abgesichert. Eine weitere methodische

Einschränkung betrifft die Rolle der Forscherin, da diese als approbierte Psychotherapeutin und Doktorandin im Bereich der Flucht- und Migrationsforschung selbst Teil des Forschungsfeldes ist und mit den Befragten ein themenbezogenes Wissen teilt. Diese Nähe wurde in der Interviewführung zwar als Ressource genutzt und konnte eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre und fachliche Anschlussfähigkeit herstellen, gleichzeitig kann dies aber zugleich blinde Flecken erzeugt haben.

Bezüglich der Fall- bzw. Sampleauswahl ist die Studie durch eine spezifische Auswahl von Befragten nach der Kategorie Geschlecht begrenzt. Alle sieben Interviewpartnerinnen sind demnach Frauen; männliche oder non-binäre Fachkräfte sind nicht repräsentiert. Die Berufsfelder umfassen Sozialarbeit, Gynäkologie, Soziologie, Psychologie, Versorgungsforschung und Krisenberatung; angrenzende Felder wie Hebammenkunde, allgemeine Pflege, Kinderschutz im Jugendamt oder Schulsozialarbeit konnten nicht einbezogen werden. Sechs der sieben Fachkräfte arbeiten im deutschsprachigen Raum; nur B_07 vertritt eine englischsprachige Perspektive. Ländliche Versorgungskontexte, kleinere Träger sowie die spezifische Situation in anderen Bundesländern sind im Material nicht abgebildet. Ferner reicht die Berufserfahrung der Befragten von etwa einem Jahr bis zu siebzehn Jahren. Trotz dieser Breite handelt es sich jedoch um ein Sample erfahrener und reflektierter Fachkräfte, die bereit waren, an diesen Interviews teilzunehmen. Fachkräfte, die durch hohe Herausforderungen und psychische Folgen wie Burnout oder Rückzug aus dem Feld bereits ausgeschieden sind, sind ebenso wenig vertreten wie solche, die neu in diesem Berufsfeld tätig sind. Auch die Stimme der Klient*innen selbst sowie der Community-Expertinnen, die in den Interviews als zentrale Akteur*innen benannt werden, bleibt in dieser Arbeit indirekt und lediglich durch die Fachkräfte vermittelt. Diese Vermittlung ist forschungslogisch zwar konsequent, lässt jedoch eine erweiterte Perspektive und Reichweite der Erkenntnisse nicht zu.

Sprachlich ist anzumerken, dass das Material überwiegend auf Deutsch erhoben wurde und ein Interview (B_07) auf Englisch geführt und sinngemäß ins Deutsche übersetzt wurde. Übersetzungsprozesse beinhalten immer eine interpretative Verschiebung, auch wenn diese in der vorliegenden Arbeit minimiert wurde,

indem englische Zentralbegriffe (z. B. Compassion Fatigue, Cultural Humility) im Original belassen und Schlüsselzitate aus dem englischen Interview in der Originalsprache wiedergegeben wurden. Eine weitere sprachliche Limitation liegt in der Verwendung der Bezeichnungen für die untersuchte Praxis selbst: Die Wahl des Begriffs FGM/C ist keineswegs neutral und auch alternative Bezeichnungen wie weibliche (Genital-) Beschneidung können andere Konnotationen und Selbstverortungen der Betroffenen abbilden. Die Arbeit folgt der etablierten WHO-Terminologie, ohne damit die Diskussion um die angemessenste Bezeichnung als abgeschlossen zu betrachten.

Inhaltlich ist die Untersuchung auf die Fachkräfteperspektive begrenzt. Sie rekonstruiert, wie Fachkräfte ihre Tätigkeit erleben, deuten und bewältigen, nicht aber, wie diese Tätigkeit aus Sicht der Klientinnen, der Communities oder der Träger- und Versorgungsstrukturen aussieht. Aussagen über die Wirksamkeit bestimmter Strategien in der Versorgungspraxis lassen sich aus dem Material nur begrenzt ableiten, da Wirksamkeitsfragen ein anderes Forschungsdesign erfordern würden (z.B. Längsschnittstudien, Mixed-Methods-Designs mit Klientinnen-Perspektiven). Auch die Bewertung der strukturellen Herausforderungen, insbesondere zu Versorgungslücken und prekärer Finanzierung, stützt sich auf die subjektiven Schilderungen der Befragten und nicht auf eine systematische Erhebung der Versorgungslandschaft. Schließlich zeigen die dargestellten Limitationen die Notwendigkeit weiterer Forschung eines wenig erforschten Praxisfeldes sowie die Verzahnung der subjektiven Rekonstruktionen der Fachkräfte mit anderen Perspektiven auf und dienen demnach als Ausgangspunkt für anschließende, breiter angelegte Untersuchungen.

7 Implikationen für die Forschung

Aus den dargestellten Limitationen ergeben sich verschiedene Anschlussperspektiven für die zukünftige Forschung. Diese betreffen vor allem die multiperspektivische Erweiterung der Stichprobe, das methodische Vorgehen, die intersektionale Ausrichtung weiterer Studien sowie die Integration einer Versorgungsperspektive.

Demnach sollten künftige Studien Fachkräfte aus angrenzenden Berufsfeldern (Hebammenkunde, Pflege, Schulsozialarbeit, Jugendamt) sowie aus ländlichen und anderen Regionen Deutschlands miteinbeziehen, um die hier rekonstruierten Ergebnisse auf ihre Übertragbarkeit zu prüfen. Auch männliche und non-binäre Fachkräfte sowie Fachkräfte, die beispielsweise durch ein zu hohes Belastungslevel aus dem Feld ausgeschieden sind, sollten gezielt adressiert werden. Letzteres bietet sich insbesondere für retrospektive Studiendesigns an. Eine Erweiterung der Fallauswahl würde auch erlauben, die in der vorliegenden Arbeit identifizierte asymmetrische Verzahnung zwischen individuellen und strukturellen Bewältigungsstrategien breiter zu erforschen.

Eine weitere Implikation dieser Untersuchung betrifft die methodische Vorgehensweise. Durch Mixed-Methods-Designs mit qualitativen Interviews und standardisierten Belastungs- und Resilienzbögen könnten die vorliegenden Ergebnisse durch quantitative Forschung und die Überprüfung von Hypothesen über die Häufigkeit bestimmter Herausforderungs- und Bewältigungsstrategien erweitert werden. Statt Querschnittsstudien wie in dieser Arbeit könnten Längsschnittdesigns sich mit der Entwicklung von Bewältigungsstrategien über die Berufsbiografie hinweg auseinandersetzen, u.a. mit dem im Material angedeuteten Lernprozess von Abgrenzung, Cultural Humility und reflexiver Selbstwahrnehmung. Zudem könnte die Wirksamkeit institutioneller Interventionen wie Multi-Agency-Verfahren, Supervisionsformate, partizipative Strukturen mit Community-Expertinnen systematisch untersucht werden.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass FGM/C im deutschen Versorgungskontext nicht als isoliertes medizinisches oder psychosoziales Phänomen zu verstehen ist, sondern in einer komplexen Wechselwirkung von Geschlecht, Klasse, Sprache und körperlicher Versehrtheit steht. Zukünftige Forschung sollte diese Mehrfachkategorien durch eine intersektionale Ausrichtung systematischer adressieren und dabei sowohl die Klientinnenperspektive als auch die unterschiedlichen Positionierungen der Fachkräfte (z.B. Schwarze Fachkräfte, weiße Fachkräfte mit und ohne Migrationsgeschichte, Fachkräfte aus den Communities) als analytisch eigenständige Teilstichprobengrößen berücksichtigen. Intersektionale Forschungsdesigns würden zudem erlauben, die in der vorliegenden Arbeit nur

deskriptiv erfasste Dimension der Mehrfachdiskriminierung theoretisch und empirisch zu vertiefen. Zudem ist ein partizipativer Ansatz, der Community-Expertinnen von der Forschungsfrage über das Sampling bis hin zur Auswertung einbindet, für dieses Feld nicht nur methodisch, sondern auch forschungsethisch sinnvoll.

Eine letzte Implikation der Forschung stellt die Integration einer Versorgungsperspektive dar. Während die vorliegende Arbeit die subjektive Sicht der Fachkräfte rekonstruiert, fehlt bislang eine systematische Erfassung der bundesdeutschen FGM/C-Versorgungslandschaft: Wie viele spezialisierte Beratungsstellen, Sprechstunden, Multi-Agency-Strukturen und Fortbildungsangebote gibt es? Wie sind sie geografisch verteilt? Wie ist ihre Finanzierung strukturiert? Welche Versorgungslücken bestehen? Eine derartige repräsentative Erfassung der Versorgungsforschungsperspektive würde die im vorliegenden Material durchgängig thematisierten strukturellen Defizite empirisch greifbar machen und damit eine fundierte Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Forderungen schaffen. Die Verbindung von Fachkräfte-, Klientinnen-, Community- und Versorgungsperspektive könnte eine ganzheitliche Darstellung der Herausforderungen, Bewältigungsstrategien und strukturellen Hürden im Themenfeld FGM/C ermöglichen.

8 Fazit

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass die berufliche Tätigkeit im Themenfeld FGM/C weder als ausschließlich individuelle Leistung noch als reine Reaktion auf strukturelle Bedingungen verstanden werden kann. Sie lässt sich vielmehr als ein Zusammenwirken von Herausforderungen und Strategien erklären, die sich auf allen vier Ebenen gegenseitig durchdringen. Die emotionalen Herausforderungen entstehen in der Konfrontation mit akuten Krisen, sekundärer Traumatisierung, eigenen Privilegien und der Gefahr der Abstumpfung. Soziale Herausforderungen umfassen Vertrauensaufbau im tabuisierten Themenfeld, Verständigung über Sprachmittlung sowie die Auseinandersetzung mit Themen wie Eurozentrismus und Legitimations- und Deutungsfragen. Darüber hinaus ergeben sich kognitive Anforderungen aus der Komplexität der Fälle,

aus Entscheidungen unter Unsicherheit und aus der Daueraufgabe kultur- und sprachsensibler Arbeit mit Betroffenen. Schließlich stellen Versorgungslücken, prekäre Finanzierungen und aufenthaltsrechtliche Hürden strukturelle Herausforderungen dar. Gleichzeitig umfassen die Bewältigungsstrategien von Fachkräften individuelle Regulationsmechanismen, die Entwicklung einer reflexiven inneren Haltung mithilfe von Supervision, Intervision bis hin zu Strukturierung der Arbeit, sog. kognitivem Reframing, partizipativer Arbeit mit Community-Expertinnen und institutioneller Vernetzung.

Als zentrales Ergebnis dieser Untersuchung lässt sich die Wechselwirkung der in Kapitel 5.4 entwickelten und in Kapitel 6 ausführlich diskutierten Kopplung zwischen Belastungs- und Bewältigungsmustern festhalten. Während emotionale, soziale und kognitive Herausforderungen zahlreiche entsprechende Bewältigungsstrategien finden, bleibt die strukturelle Dimension systematisch lückenhaft. Strukturelle Probleme wie eine unsichere Finanzierung, fehlende Versorgungspfade und ein restriktives Aufenthaltsrecht werden auf der Ebene individueller Bewältigung nur teilweise adressiert. Die individuelle Bewältigung übernimmt damit eine Kompensationsfunktion für strukturelle Defizite. Diese Dauerleistung, zugleich eine Form der Dauerbelastung der Fachkräfte, macht deutlich, dass die geforderten Selbstfürsorge- und Resilienzangebote unzureichend sind und dass strukturelle Herausforderungen auch strukturelle Veränderungen verlangen.

Die vorliegende Arbeit ordnet sich damit in ein Forschungsfeld ein, das bislang stark medizinisch und betroffenenfokussiert geprägt ist (Abdulcadir et al., 2022; Kandala & Komba, 2018; O'Dey, 2023) und die professionelle Tätigkeit im Themenfeld FGM/C nur am Rande in den Blick genommen hat. Sie liefert eine subjektive Rekonstruktion der Fachkräfteperspektive und schließt damit eine wesentliche Lücke. Zugleich macht sie deutlich, dass künftige Forschung, die in dieser Arbeit nur deskriptiv erfasste intersektionale Dimension der Tätigkeit theoretisch und empirisch vertiefen, die Klientinnen- und Community-Perspektive systematisch einbeziehen und die bundesdeutsche Versorgungslandschaft auch in ihrer institutionellen und politischen Verfasstheit untersuchen sollte. Erst die

Verbindung dieser Perspektiven wird ein vollständiges Bild der Anforderungen, Belastungen und Bewältigungsleistungen im Themenfeld FGM/C erlauben.

Für die Praxis zeigt sich, wie individuell die Bewältigungsstrategien der Fachkräfte sind und gleichzeitig wie beeindruckend differenziert, fachlich reflektiert und in vielen Fällen wirksam diese Strategien genutzt werden. Für die Stärkung vorhandener Strategien bleiben die gezielte Unterstützung durch Supervision, der Etablierung von kollegialen Reflexionsräumen und die Möglichkeit kontinuierlicher Fortbildung notwendig. Gleichzeitig zeigen die Daten, dass individuelle Bewältigungsstrategien an Grenzen stoßen, wo die Belastungen strukturell verursacht sind. Fachliche Ansprechpersonen in Kliniken, klare Behandlungspfade, ausreichende Sprechstunden- und Sprachmittlungsbudgets, nachhaltige Finanzierung spezialisierter Beratungsstellen und die Bildung von institutionellen Strukturen für die partizipative Zusammenarbeit mit Community-Expertinnen stellen fachliche Voraussetzungen für die Fachkräfte dar, die es zu schaffen gilt. Die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse plädieren damit für eine Versorgungslandschaft im Themenfeld FGM/C, die individuelle Bewältigungsstrategien nicht als Wiedergutmachung für ein strukturelles Versagen einfordert, sondern als professionelle Ressource in einem strukturell tragfähigen Rahmen verortet. Die Fachkräfte selbst machen das in ihren Interviews konsequent deutlich. Es liegt nun an Forschung, Praxis und Politik, diese Forderungen ernst zu nehmen und umzusetzen.

Literaturverzeichnis

Abdulcadir, J., Say, L., & Pallitto, C. (2017). What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review. *Reproductive Health, 14*, 64. https://doi.org/10.1186/s12978-017-0318-1

Abdulcadir, J., Sachs Guedj, N., & Yaron, M. (Hrsg.). (2022). *Female genital mutilation/cutting in children and adolescents: Illustrated guide to diagnose, assess, inform and report*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-81736-7

Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry, 162*(5), 1000–1002. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1000

Belardi, N. (2018). *Supervision für helfende Berufe* (4., überarbeitete Auflage). Lambertus.

Bennett, M. J. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations, 10*(2), 179–196. https://doi.org/10.1016/0147-1767(86)90005-2

Bennett, M. J. (2017). Developmental model of intercultural sensitivity. In Y. Y. Kim (Hrsg.), *The international encyclopedia of intercultural communication*. Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118783665.ieicc0182

Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Springer VS.

Bruchhaus, E.-M. (2014). Weibliche Genitalbeschneidung in Somaliland. *Femina Politica, 23*(2), 133–137.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o. J.). *Gewalt gegen Frauen und Mädchen: FGM – Weibliche Genitalverstümmelung*. https://www.bmz.de/de/themen/frauenrechte-und-gender/gewalt-gegen-frauen-und-maedchen/fgm-weibliche-genitalverstuemmelung. Aufgerufen am 16.01.2026.

Burrage, H. (2015). *Eradicating female genital mutilation: A UK perspective*. Ashgate Publishing.

Chang, E.-S., Simon, M., & Dong, X. (2012). Integrating cultural humility into health care professional education and training. *Advances in Health Sciences Education, 17*(2), 269–278. https://doi.org/10.1007/s10459-010-9264-1

Chen, C.-C., Lan, Y.-L., Chiou, S.-L., & Lin, Y.-C. (2023). The effect of emotional labor on the physical and mental health of health professionals: Emotional exhaustion has a mediating effect. *Healthcare, 11*(1), 104. https://doi.org/10.3390/healthcare11010104

Cloward, K. (2016). *When norms collide: Local responses to activism against female genital mutilation and early marriage*. Oxford University Press.

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(6), 618. https://doi.org/10.3390/ijerph13060618

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Constantinou, C. S., Andreou, P., Nikitara, M., & Papageorgiou, A. (Hrsg.). (2022). *Cultural competence in healthcare and healthcare education*. MDPI. https://doi.org/10.3390/books978-3-0365-4290-9

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). (2015). *Projektevaluierung: Kurzbericht. Überregional: Sektorvorhaben „Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung“*. GIZ.

Dirie, W., & Miller, C. (1999). *Wüstenblume: Die Autobiographie einer Frau aus Somalia*. Droemer Knaur.

Dresing, T., & Pehl, T. (2024). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (9. Aufl.). Eigenverlag.

Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., & Higginbottom, G. (2019a). Seeking culturally safe care: A qualitative systematic review of the healthcare experiences of women and girls who have

undergone female genital mutilation/cutting. *BMJ Open, 9*(5), e027452. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027452

Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., & Higginbottom, G. (2019b). Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *PLoS ONE, 14*(3), e0211829. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211829

Feuerbach, M. (2011). *Alternative Übergangsrituale: Untersuchung zu Praktiken der weiblichen Genitalverstümmelung im subsaharischen Afrika und deren Transformationen im Entwicklungsprozess*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Flick, U. (2020). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (Band 2: Designs und Verfahren, 2. Aufl., S. 247–263). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9_30

Flick, U., Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.). (2000). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (13. Auflage). Rowohlt.

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping, 21*(1), 3–14. https://doi.org/10.1080/10615800701740457

Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing, 27*(3), 210–217. https://doi.org/10.1177/1043659615592677

Graf, J. (2013). *Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Medizinethik: Hintergründe – ärztliche Erfahrungen – Praxis in Deutschland*. V&R unipress.

Grauf-Grounds, C., & Rivera, P. M. (2020). Beyond cultural competence: Cultural humility through ORCA — openness, respect, curiosity, and accountability. In M. Stanton & J. Welsh (Hrsg.), *The handbook of systemic family therapy* (Vol. 1, S. 387–408). Wiley.

Heinrich-Böll-Stiftung (2018). *Frauen und Flucht: Vulnerabilität – Empowerment – Teilhabe. Ein Dossier*. E-Paper.

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). VS Verlag.

Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 509–519). Rowohlt.

Henderson, A., Jewell, T., Huang, X., & Simpson, A. (2025). Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 32*(1), 13–30. https://doi.org/10.1111/jpm.13082

Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology, 6*(4), 307–324. https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307

Hommel, M., Fürstenau, B., & Mulder, R. H. (2023). Reflection at work — A conceptual model and the meaning of its components in the domain of VET teachers. *Frontiers in Psychology, 13*, 923888. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923888

Hulverscheidt, M. (2002). *Weibliche Genitalverstümmelung: Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*. Mabuse-Verlag.

Ihring, I. (2015). *Weibliche Genitalbeschneidung im Kontext von Migration*. Budrich UniPress.

Kaluza, G. (2018). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (4. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55638-2

Kandala, N.-B., & Komba, P. N. (2018). *Female genital mutilation around the world: Analysis of medical aspects, law and practice*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78007-8

Kawous, R., Allwood, E., Norbart, E., & van den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2020). Female genital mutilation and women's healthcare experiences with general practitioners in the Netherlands: A qualitative study. *PLOS ONE, 15*(7), e0235867. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235867

Keles, E., Bilge, Y., Öztürk, M., Bektemur, G., Eker, H. H., Erkok, U., Mohamed, S. H., & Ali, K. Y. (2025). Mental health outcomes and post-traumatic stress disorder associated with female genital mutilation. *Scientific Reports, 15*, 19489. https://doi.org/10.1038/s41598-025-03878-9

Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Beltz Juventa.

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Beltz Juventa.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

López-Calvo, I., Lux, C., & Magaña, D. (Hrsg.). (2023). *Medical humanities, cultural humility, and social justice*. University of California Health Humanities Press. https://muse.jhu.edu/book/124656

Loue, S. (2023). *Diversität und kulturelle Demut in helfenden Berufen: Brücken bauen über Unterschiede hinweg*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-42599-8

Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine, 103*, 126–133. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032

Mey, G., & Ruppel, P. S. (2018). Qualitative Forschung. In O. Decker (Hrsg.), *Sozialpsychologie und Sozialtheorie: Band 1. Zugänge* (S. 205–244). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19564-3_14

Neckel, S. (2022). Arlie Russell Hochschild: Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. In K. Senge, R. Schützeichel & V. Zink (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Emotionssoziologie* (2. Aufl., S. 279–290). Springer VS.

Nyangweso, M. (2014). *Female genital cutting in industrialized countries: Mutilation or cultural tradition?* Praeger.

O'Dey, D. M. (2023). *Die anatomische Rekonstruktion der Vulva nach weiblicher Genitalverstümmelung/-beschneidung (FGM/C) und anderen erworbenen Defekten*. Springer.

Ogunsiji, O., Ogbeide, A. E., & Ussher, J. (2023). Experiences of primary healthcare workers in Australia towards women and girls living with female

genital mutilation/cutting (FGM/C): A qualitative study. *Healthcare, 11*(5), 702. https://doi.org/10.3390/healthcare11050702

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4. Aufl.). SAGE Publications.

Pennebaker, J. W., & Smyth, J. M. (2016). *Opening up by writing it down: How expressive writing improves health and eases emotional pain* (3rd ed.). Guilford Press.

Peräkylä, A. (2024). Bad behaviours, spoiled identities: Face in personality disorders. In L. Mondada & A. Peräkylä (Hrsg.), *New Perspectives on Goffman in language and interaction: Body, participation and the self* (S. 216–240). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003094111-12

Plan International Deutschland (2024, 20. August). *Der Kampf gegen FGM/C in Somalia*. https://www.plan.de/magazin/artikel/menschen-und-projekte/der-kampf-gegen-fgm-c-in-somalia.html. Aufgerufen am 07.05.2026.

Prognos AG (2025). *Schätzung der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen und bedrohten Mädchen und Frauen in Deutschland*. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/276906/0c2d32f2ab0cd6aac58c828cfea8e752/20251210-prognos-weibliche-genitalverstuemmelung-data.pdf

Rambøll, & INTEGRA. (2017). *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland: Daten – Zusammenhänge – Perspektiven*. https://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/

Reman, T., Balligand, V., Schoefs, B., Feipel, V., & Bertuit, J. (2023). Psychological consequences of female genital mutilation: A mixed-method systematic review. *South African Journal of Physiotherapy, 79*(1), 1877. https://doi.org/10.4102/sajp.v79i1.1877

Richter, J. (2016). *Human rights education through Ciné Débat: Film as a tool to fight against female genital mutilation in Burkina Faso*. Springer VS.

Rochette, L., Dogon, G., & Vergely, C. (2023). Stress: Eight decades after its definition by Hans Selye: “Stress is the spice of life”. *Brain Sciences, 13*(2), 310. https://doi.org/10.3390/brainsci13020310

Rodríguez, S. W. (2014). *Female circumcision and clitoridectomy in the United States: A history of a medical treatment*. University of Rochester Press.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Schwarz, U. (2025). *Qualitative Forschungsmethoden* (Studienheft Nr. 1312, 1. Aufl.). DIPLOMA Private Hochschulgesellschaft.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik, 44*(Beiheft), 28–53. https://doi.org/10.25656/01:3930

Schwenken, H. (2016). *Integration von Flüchtlingen unter einer Gleichstellungsperspektive. Bestandsaufnahme und Forschungsbedarf*. Expertise für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung.

Seifert, N., Mürdter, E., & Schmidt, N. C. (2024). Challenges perceived by social workers to prevent FGM/C in Bavaria: A prospective, cross-sectional survey. *BMC Women's Health, 24*, 338. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03154-4

Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2. Aufl.). ProQOL.org. https://proqol.org/proqol-manual

Tarr-Attia, C. K., Boiwu, G. H., & Martínez-Pérez, G. (2019). “Birds of the same feathers fly together”: Midwives' experiences with pregnant women and FGM/C complications – A grounded theory study in Liberia. *Reproductive Health, 16*(1), 18. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0681-1

Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9*(2), 117–125. https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233

Ugarte-Gurrutxaga, M. I., Molina-Gallego, B., Mordillo-Mateos, L., Gómez-Cantarino, S., Solano-Ruiz, M. C., & Melgar de Corral, G. (2020). Facilitating factors of professional health practice regarding female genital mutilation: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 8244. https://doi.org/10.3390/ijerph17218244

Ugarte-Gurrutxaga, M. I., Mazoteras-Pardo, V., Melgar de Corral, G., Molina-Gallego, B., Mordillo-Mateos, L., & Gómez-Cantarino, S. (2023). Nurses

and health professionals facing female genital mutilation: A qualitative study. *BMC Nursing, 22*, 408. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01549-6

Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*(1), 1–17. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x

UNICEF (2005a). *Changing a harmful social convention: Female genital mutilation/cutting*. ABC Tipografia.

UNICEF. (2005b). *Female genital mutilation/cutting: A statistical exploration*. United Nations Children's Fund.

Waldschmidt, A. (2022). Stigma. Notes on the management of spoiled identity. In K. Lenz & R. Hettlage (Hrsg.), *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (S. 299–308). J. B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05871-3

Waldschmidt, A., & Karim, S. (2022). Stigma. In K. Lenz & R. Hettlage (Hrsg.), *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (S. 223–228). J. B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05871-3

Walker, A., & Parmar, P. (1993). *Warrior marks: Female genital mutilation and the sexual blinding of women*. Harcourt Brace & Company.

Whittenbury, K., Clark, S. L., Brooks, M., Murphy, T., Turner, M. J., & Fawcett, H. (2025). Strengths for helping professionals exposed to secondary trauma: A scoping review using a resilience portfolio framework. *Trauma, Violence, & Abuse, 26*(2), 251–264. https://doi.org/10.1177/15248380241309371

WHO (2025, 31. Januar). *Female genital mutilation*. Fact sheets. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation. Aufgerufen am 16.01.2026 und 25.01.2026.

Wood, R., Richens, Y., & Lavender, T. (2021). The experiences and psychological outcomes for pregnant women who have had FGM: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare, 29*, 100639. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100639

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review, 12*(2), 237–268. https://doi.org/10.1016/S1053-4822(02)00048-7

Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A., & Elliott, E. (2015). Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC International Health and Human Rights, 15*(32). https://doi.org/10.1186/s12914-015-0070-y

Anlagen

Anlage A: Informationsbogen zur Teilnahme an der Studie

Sehr geehrte Teilnehmende,
mein Name ist Khulud Sharif-Ali. Ich studiere Psychologie an der MEU Magdeburg und verfasse im Rahmen meines Masterstudiums meine Masterthesis. In dieser Arbeit setze ich mich mit dem Thema Weibliche Genitalverstümmelung (FGM/C) aus der Perspektive von Fachkräften auseinander.
Ziel der Untersuchung ist es, die emotionalen, sozialen und kognitiven Herausforderungen zu erfassen, denen Fachkräfte im beruflichen Umgang mit Frauen begegnen, die von FGM/C betroffen sind. Darüber hinaus sollen die Strategien untersucht werden, die Fachkräfte zur Bewältigung dieser Belastungen einsetzen, um professionell handlungsfähig zu bleiben. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, bestehende Unterstützungsangebote für Fachkräfte weiterzuentwickeln und Impulse für Praxis und Forschung zu geben.
Für die Studie möchte ich Ihre subjektiven beruflichen Erfahrungen im Rahmen eines leitfadengestützten Einzelinterviews erheben.

Das Interview wird voraussichtlich 30 bis 60 Minuten dauern und findet nach vorheriger Absprache persönlich in Ihrer Einrichtung oder online statt.

Herzlichen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Khulud Sharif-Ali

Anlage B: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Das Interview wird im Rahmen einer Masterarbeit von Khulud Sharif-Ali (Studierende an der MEU Magdeburg) zum Thema „Weibliche Genitalverstümmelung: Eine qualitative Untersuchung der Herausforderungen und Bewältigungsstrategien betroffener Frauen aus Sicht der Fachkräfte“, durchgeführt.
Hiermit erkläre ich, _____, mich mit der Audiografie des mit mir geführten Interviews einverstanden.

Alle Dateien werden lokal, passwortgeschützt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Das Interview wird transkribiert, anschließend pseudonymisiert und ausgewertet. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um die Anonymisierung zu gewährleisten. Nach Beendigung des Forschungsprojektes werden Ihre Daten automatisch gelöscht.

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview ohne Angabe von Gründen abzubrechen und Ihr Einverständnis zur Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zu widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft und Teilnahme!

_____

Ort, Datum Unterschrift

Anlage C1: Interviewleitfaden (Deutsch)

Einführung und Vorstellung

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview genommen haben. Mein Name ist Khulud Sharif-Ali. Ich studiere im Master Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychologisches Empowerment und schreibe derzeit meine Masterarbeit. Im heutigen Interview geht es um das Thema der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM/C) aus der Perspektive von Fachkräften: Welche Herausforderungen erleben Fachkräfte in der Arbeit mit betroffenen Frauen auf emotionaler, sozialer und kognitiver Ebene und mit welchen Strategien bewältigen sie diese? Während es bereits einige Studien zur Situation der betroffenen Frauen gibt, steht heute Ihre berufliche Perspektive im Mittelpunkt. Mich interessieren Ihre persönlichen Erfahrungen und Ansichten; es gibt dabei kein Richtig oder Falsch. Gibt es dazu noch Fragen?

Einverständniserklärung

Ich würde Sie bitten, am Ende des Interviews die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Sind Sie damit einverstanden, dass das Interview auditiv aufgezeichnet wird? Die Audiodatei wird unmittelbar nach der Transkription gelöscht.

Interviewleitfaden
1. Vorstellung / Einstieg
Können Sie sich bitte kurz vorstellen? (Name, beruflicher Hintergrund, aktuelle Position)
Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Bereich?
Warum haben Sie sich entschieden, in diesem Berufsfeld zu arbeiten?
Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?
2.1 Emotionale Herausforderungen
Welche Gefühle erleben Sie in der Arbeit mit betroffenen Frauen?
Gibt es Dinge oder Situationen, die Sie besonders emotional belasten?
Können Sie eine Situation beschreiben, die Ihnen besonders schwergefallen ist?
Wie gehen Sie mit belastenden Gefühlen wie Trauer, Wut oder Ohnmacht um?

Können Sie ein Beispiel nennen, wo Sie sich emotional herausgefordert gefühlt haben?
Was ist für Sie an der Arbeit mit Frauen, die von FGM/C betroffen sind, schwierig oder herausfordernd?
Nehmen Sie Arbeit auch mit nach Hause?
2.2 Soziale Herausforderungen
Gibt es Situationen, in denen die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen, den betroffenen Frauen und Familien oder Institutionen schwierig ist?
Welche Konflikte oder Spannungen treten in der Arbeit auf?
Fühlen Sie sich manchmal isoliert oder allein gelassen bei der Arbeit mit betroffenen Frauen?
Wie beeinflussen Teamstrukturen oder organisatorische Rahmenbedingungen Ihre Arbeit?
2.3 Kognitive Herausforderungen
Welche Situationen erfordern besonders viel Konzentration, Entscheidungsfähigkeit oder Planung?
Gibt es Momente, in denen Sie sich überfordert fühlen, die Bedürfnisse der Frauen zu verarbeiten?
Wie gehen Sie mit Unsicherheit oder schwierigen Entscheidungen in Ihrem Arbeitsalltag um?
Welche Denkprozesse sind nötig, um professionell und verantwortungsvoll zu handeln?
3.1 Emotionale Strategien
Was hilft Ihnen, Ihre Gefühle bei belastenden Situationen zu regulieren?
Machen Sie bestimmte Dinge, um emotional Abstand zu gewinnen oder sich zu beruhigen?
Was tun Sie, um emotional stabil zu bleiben?
Machen Sie etwas Bestimmtes, um Ruhe zu bewahren oder klar zu denken, wenn es stressig wird?
Mit welchen Strategien schalten Sie von der Arbeit ab?
3.2 Soziale Strategien
Welche Unterstützung bekommen Sie von Kolleg*innen, Teams oder Supervisor*innen?
Gibt es Netzwerke oder Gruppen, die Ihnen bei der Arbeit helfen?

Wie gestalten Sie Kommunikation oder Zusammenarbeit?
Welche Rolle spielt Ihr soziales Umfeld bei der Bewältigung von Herausforderungen?
3.3 Kognitive Strategien
Welche Strategien nutzen Sie, um komplexe oder schwierige Situationen zu verstehen?
Gibt es konkrete Gedanken, die Ihnen bei der Arbeit helfen?
Planen Sie Ihre Arbeit oder Entscheidungen bewusst, um Überforderung zu vermeiden?
Nutzen Sie Checklisten, Leitlinien oder Fallbesprechungen, um Entscheidungen zu strukturieren?
4. Reflexion und Abschluss
Was haben Sie durch Ihre Arbeit mit betroffenen Frauen über sich selbst gelernt?
Gibt es Erfahrungen, die Sie besonders geprägt haben?
Welche Empfehlungen würden Sie anderen Fachkräften geben, die in diesem Bereich arbeiten?
Gibt es noch etwas Wichtiges, das wir bisher nicht besprochen haben?

Anlage C2: Interview Guide (English)

Introduction and Presentation

Thank you very much for taking the time for this interview. My name is Khulud Sharif-Ali, and I am currently writing my master's thesis in Psychology (with a focus on Clinical Psychology and Psychological Empowerment). In this interview, I would like to explore the topic of female genital mutilation/cutting (FGM/C) from the perspective of professionals: What emotional, social, and cognitive challenges do professionals encounter in their work with affected women, and what strategies do they use to cope with these demands? While there are already several studies on the situation of affected women, today the focus is on your professional perspective. I am interested in your personal experiences and views; there is no right or wrong. Do you have any questions before we begin?

Consent

I would kindly ask you to sign the consent form at the end of the interview. Do you agree to the interview being audio-recorded? The audio file will be deleted immediately after transcription.

Interview Guide
1. Introduction
Could you please briefly introduce yourself? (Name, professional background, current position)
How long have you been working in this field?
Why did you decide to work in this professional field?
What do you particularly enjoy about your work?
2.1 Emotional challenges
What feelings do you experience in your work with affected women?
Are there things or situations that emotionally burden you in particular?
Could you describe a situation that has been particularly difficult for you?
How do you deal with distressing feelings such as grief, anger, or powerlessness?
Can you give an example where you felt emotionally challenged?
What is difficult or challenging for you in working with women affected by FGM/C?
Do you also take work home with you?
2.2 Social challenges

Are there situations where collaboration with colleagues, affected women and families, or institutions is difficult?
What conflicts or tensions arise in your work?
Do you sometimes feel isolated or left alone when working with affected women?
How do team structures or organisational conditions influence your work?
2.3 Cognitive challenges
Which situations require particular concentration, decision-making ability, or planning?
Are there moments when you feel overwhelmed processing the needs of the women?
How do you deal with uncertainty or difficult decisions in your everyday work?
Which thinking processes are necessary in order to act professionally and responsibly?
3.1 Emotional strategies
What helps you to regulate your emotions in distressing situations?
Do you do specific things to gain emotional distance or to calm down?
What do you do to remain emotionally stable?
Do you do anything specific to stay calm or think clearly when things get stressful?
What strategies do you use to switch off from work?
3.2 Social strategies
What kind of support do you receive from colleagues, teams, or supervisors?
Are there networks or groups that support you in your work?
How do you shape communication or collaboration?
What role does your social environment play in coping with challenges?
3.3 Cognitive strategies
What strategies do you use to understand complex or difficult situations?
Are there specific thoughts that help you in your work?
Do you consciously plan your work or decisions in order to avoid overload?
Do you use checklists, guidelines, or case discussions to structure your decisions?
4. Reflection and closing
What have you learned about yourself through your work with affected women?
Are there experiences that have particularly shaped you?
What recommendations would you give to other professionals working in this field?
Is there anything important that we have not yet discussed?

Anlage D: Ankerbeispiele im Kontext der Transkriptionen

Herausforderungen

Emotionale Herausforderungen

Subkategorie: Belastende Affekte in Krisensituationen

I: Jetzt geht es um dich. [00:05:44]

B_04: *„Ich würde sagen, ich bin frustriert und wütend über die Gesamtsituation, weil es in meinen Augen jetzt nicht viel bedarf, um einiges zu verbessern. Und trotzdem passiert es nicht.“* [00:05:44]

I: Danke für den Einstieg. Wir kommen jetzt zu den Herausforderungen und zu den emotionalen Herausforderungen. Mich würde interessieren: Welche Gefühle erlebst du in der Arbeit mit den betroffenen Frauen, […]? [00:06:49]

B_02: *„Aber ich werde manchmal richtig traurig, vor allem wenn es um Trennung von Kindern geht, weil ich auch selbst Mutter bin. Also es gibt auch Momente, wo ich echt denke, da könnte ich auch wieder weinen.“* [00:07:09]

I: Also gibt es Momente, in denen du dich überfordert fühlst, auch die Bedürfnisse der Frauen zu verarbeiten oder denen gerecht zu werden? (..) [00:31:36]

B_04: *„Man tut, was man kann, und trotzdem weiß ich, dass es nur so ein Tropfen auf dem heißen Stein ist.“* [00:31:45]

I: Gibt es Dinge oder Situationen, die dich besonders emotional belasten? [00:05:21]

B_01: *„Mich belastet das emotional sehr, wenn ich mitbekomme, dass Kinder, die in Deutschland geboren sind, zu sogenannten Beschneidungsausflügen oder Reisen gebracht werden.“* [00:05:28]

I: Betroffene Frauen platzieren ja dann auch ihre eigenen Themen bei dir und wenn man dann, so wie du sagst, man hört erst mal zu, gibt es dann vielleicht auch einen Punkt, wo du sagst, du bekommst ja deine eigenen Grenzen, weil das

Erlebte so schlimm und so unerträglich ist, dass es den Rahmen oder deine eigenen Grenzen auch sprengt? [00:28:35]
B_03: *„Es passiert mit einer Scherbe, mit einer Rasierklinge und verschiedenen anderen Hilfsmitteln, die man sich meistens irgendwie dann besorgt. Und das ist, glaube ich, dann halt auch sehr herzzerreißend.“* [00:28:54]

I: Kannst du eine Situation beschreiben, […], die dir besonders schwergefallen ist in der Arbeit mit den betroffenen Frauen? [00:18:06]
B_06: *„Frauen, die ihre Kinder noch in den Herkunftsländern haben und dort eine Beschneidung droht, sich sehr hilflos fühlen, wie sie die Kinder beschützen können.“* [00:18:19]

I: Kannst du vielleicht eine Situation beschreiben, die dir besonders schwergefallen ist? (..) [00:06:31]
B_03: *„Es ging dann so weit, dass sie sich aus dem vierten Stock aus dem Haus geworfen hat. Ich glaube, das war einer der schlimmsten Beratungsmomente und Erfahrungen, die ich gemacht habe.“* [00:06:36]

Subkategorie: Sekundäre Belastung und Spannungsfeld Nähe-Distanz
I: Schön. Okay, was würdest du sagen: Nimmst du Arbeit auch mit nach Hause? Du hast ja eben auch gesagt, du liegst dann abends da und denkst darüber nach. (..) [00:16:38]
B_04: *„Meine Arbeit ist mit und für Menschen. Es ist kein Computer, den ich abends (…) ausschalten kann. Sondern ja, ich trage es mit mir.“* [00:16:47]

I: Gibt es etwas Herausforderndes an der Arbeit mit den von FGM/C betroffenen Frauen, bzw. was empfindest du als schwierig oder herausfordernd? [00:09:38]
B_07: *„Manchmal motiviert es einen, manchmal erschöpft es einen, es ist einfach eine Art Achterbahn.“* [00:09:48]

Subkategorie: Konfrontation mit eigenen Privilegien und Positionierung

I: Kannst du vielleicht noch ein Beispiel nennen, wo du dich emotional trotzdem herausgefordert hast oder herausgefordert gefühlt hast? (7) [00:13:23]

B_04: *„Ich erwische mich so, ich habe Gedanken, die gefallen mir nicht, die sind aber da und ich muss mich damit auseinandersetzen, um zumindest reflektiert damit umzugehen."* [00:13:39]

Subkategorie: Abstumpfung als ambivalenter Selbstschutz

I: Sehr schön. [00:10:01]

B_02: *„Es gibt dann auch so eine gewisse Normalisierung. Weil ich weiß ja genau, was die mir erzählen … Es ist dann nicht jedes Mal so, dass es mich total umhaut. Das ist wahrscheinlich auch gut so, weil sonst könnte man die Arbeit ja gar nicht machen."* [00:10:06]

I: Welche Emotionen erlebst du? [00:03:35]

B_07: *„Aber wenn man die Rolle ausübt und so viel Gewalt sieht, stumpft man irgendwie dagegen ab."* [00:04:02]

Soziale Herausforderungen

Subkategorie: Vertrauensaufbau im tabuisierten Themenfeld

I: Was ist für dich an der Arbeit mit den Frauen, die von FGM betroffen sind, schwierig oder herausfordernd? [00:09:06]

B_01: *„Was am Anfang sehr, sehr schwierig war, war erstmal diese Vertrauensbasis aufzubauen, dass Menschen überhaupt dieses Thema, das ist ja auch ein schambehaftetes Thema, platzieren können."* [00:09:17]

Subkategorie: Verständigung über Sprachmittlung

I: Kannst du eine Situation beschreiben, die dir besonders schwergefallen ist? (..) Du hast ja ganz viele Beispiele genannt. (...) [00:13:20]

B_02: *„Sie hat mir sofort unterstellt, dass ich mich diskriminierend verhalte, und das war total schwierig… Sie war eigentlich keine Sprachmittlerin und ist dann auch aus ihrer Rolle rausgetreten."* [00:13:29]

I: Kannst du eine Situation beschreiben, die dir besonders schwergefallen ist? (..) Du hast ja ganz viele Beispiele genannt. (...) [00:13:20]
B_02: *„Da ist mir klar geworden, dass ich, wenn ich eine Sprachmittlung im Raum habe, eine Person, dass ich praktisch mit zwei Menschen spreche, die beide ihre Biografien mitbringen und irgendwo vulnerabel sind."* [00:13:29]

Subkategorie: Eurozentrismus, Rassismus und Fragen der Legitimation
I: Sehr gut, danke. Letzte Frage. Gibt es noch etwas Wichtiges, das wir bisher nicht besprochen haben? (...) [00:34:53]
B_03: *„Wer berät wen, aus welcher Perspektive? Die Positioniertheit der Beratungssuchenden und Beratenden, das ist immer wichtig."* [00:35:03]

I: Und wenn du jetzt an die Frauen denkst, die von FGM/C betroffen sind, was ist für dich an der Arbeit mit diesen Frauen schwierig vielleicht oder herausfordernd? [00:26:32]
B_06: *„Häufig kommt schon auch auf, wie eine weiße Organisation oder teilweise auch weiße Mitarbeiterinnen zu dem Thema arbeiten und das quasi eingebettet ist … welche Legitimation wir haben, dazu zu sprechen."* [00:26:42]

I: Gibt es denn Situationen, in denen die Zusammenarbeit mit deinen Kollegen oder Kolleginnen, den betroffenen Frauen und Familien oder Institutionen schwierig ist? [00:13:37]
B_05: *„Wir haben keine Vertretung. Also es gibt nur mich und es gibt nur X. Und das ist eben an sich schon absurd … Das finde ich schon auch belastend und auch überfordernd."* [00:13:46]

I: Es ging um Denkprozesse, aber das mit der Exotisierung, Fetischisierung hast du vorhin auch schon mal kurz benannt. Könntest du das vielleicht näher erläutern? [00:18:15]
B_03: *„Es gibt bestimmte Themen, gerade wenn es um schwarze Menschen, um Menschen aus der afrikanischen Diaspora geht, … gerade in der sozialen Arbeit*

und im Gesundheitssektor werden körperliche Merkmale oder bestimmte Gesundheitsthematiken sehr exotisiert oder fetischisiert. Und ich habe immer dieses Bild vor Augen … so Afrika als Labor.“ [00:18:22]

I: Fühlst du dich manchmal isoliert oder alleingelassen in der Arbeit mit betroffenen Frauen? Du hattest vorhin von weißen Fachkräften gesprochen und bist selbst eine Schwarze Fachkraft. [00:13:27]
B_07: *„Wenn sie mit einer weißen Frau über FGM sprechen, werden sie wahrscheinlich wissen, dass die Frau nicht weiß, was das ist. Sie wird die Kultur nicht verstehen.“* [00:13:32]

Kognitive Herausforderungen
Subkategorie: Komplexität und Multidimensionalität der Fälle
I: Kommen wir zu den kognitiven Herausforderungen. Welche Situationen erfordern besonders viel Konzentration, Entscheidungsfähigkeit oder Planung? [00:15:51]
B_01: *„Auf der einen Seite muss man komplett die Fluchtgeschichte der Menschen beleuchten. Es ist für mich etwas Transdisziplinäres …Ich würde sagen, man braucht dafür auch sehr starke, gute kognitive Fähigkeiten.“* [00:16:01]

Subkategorie: Konzentrationsdruck und Entscheidungen unter Unsicherheit
I: Welche Situationen erfordern besonders viel Konzentration, Entscheidungsfähigkeit oder Planung? [00:37:03]
B_02: *„Am meisten erfordert es die Erstvorstellung der Patientin … Da muss ich mich total konzentrieren, wenn ich ein Attest erstelle, dass das alles korrekt ist, dass alles stimmt, weil das sonst auch für die Patientin negativ sein kann.“* [00:37:11]

I: Wir kommen zu den kognitiven Herausforderungen. Was würdest du sagen, welche Situationen erfordern besonders viel Konzentration, Entscheidungsfähigkeit oder Planung? (..) [00:15:43]

B_03: *„Jede Session, jede Beratung bedarf, als Beratende hundert Prozent da zu sein, hundert Prozent hören zu können, weil jedes Wort und jede Aussage sehr wichtig sind.“* [00:15:55]

Subkategorie: Kultur- und Sprachsensibilität als kognitive Daueraufgabe

I: Richtig gut. Ich weiß nicht, ob das eben auch die nächste Frage beantwortet, […], weil die lautet: Machst du etwas Bestimmtes, um Ruhe zu bewahren oder klar zu denken, wenn es stressig wird? Da hattest du ja ganz bildlich beschrieben, wie du den Raum verlässt, aber vielleicht fällt dir noch etwas ein, wenn es um dieses Klarbleiben im Kopf geht. [00:23:39]

B_01: *„Was ich ganz oft mache, ist: Ich stimme mich immer auf mein Gegenüber ab … Ich achte auf bestimmte Wörter, die einen triggern können.“* [00:23:59]

Strukturelle Herausforderungen

Subkategorie: Versorgungslücken und fehlendes Fachwissen im Hilfesystem

I: Okay, wir kommen zu den sozialen Herausforderungen, vielen Dank. Gibt es denn Situationen, in denen die Zusammenarbeit mit Kolleginnen, betroffenen Frauen, Familien oder Institutionen schwierig ist? [00:12:16]

B_03: *„Das Gesundheitssystem ist eine komplette Herausforderung, weil das Gesundheitssystem in den westlichen Staaten, vor allem in Deutschland, quasi auch auf diese westlichen Strukturen ausgelegt ist … die Frauen … werden hier zum Teil nicht wirklich sehr gut behandelt oder kaum behandelt, weil das Wissen dazu fehlt.“* [00:12:26]

I: Jetzt geht es um dich. [00:05:44]

B_04: *„In einem Krankenhaus eine designierte Person ist, die sich mit FGM/C auseinandergesetzt hat, … Und das macht mich wütend, dass so eine einfache Sache eigentlich nicht umgesetzt wird.“* [00:05:44]

I: Und was ist für dich an der Arbeit mit den Frauen, also direkt betroffenen Frauen von FGM/C, herausfordernd und schwierig? Weil wir gerade viel auch

über Dolmetscher gesprochen haben, vielleicht noch einmal mit den Frauen selber: Wo kommst du da an deine Grenzen oder was ist da schwierig? [00:25:33]
B_02: *„Ich wünschte, dass es da klare Evidenz gäbe, ein klares Protokoll, wo man das machen kann, und dass das auch dann verfügbar ist und zugänglich.“* [00:25:55]

I: Okay. Kommen wir jetzt zu deinem direkten Arbeitsumfeld. Gibt es da Situationen, in denen die Zusammenarbeit mit Kolleginnen, den betroffenen Frauen und Familien oder Institutionen schwierig ist? [00:30:57]
B_02: *„Manchmal gibt es aber dann auch sehr wenig Personal, und dass dann manchmal mehr an mir hängenbleibt, als eigentlich gut ist.“* [00:31:17]

Subkategorie: Ressourcenknappheit und prekäre Finanzierung
I: Wie beeinflussen denn Teamstrukturen oder organisatorische Rahmenbedingungen deine Arbeit? [00:35:30]
B_06: *„Wir haben viele Ideen oder würden vieles umsetzen, aber es wird einfach immer wieder ausgebremst an dem Finanziellen“ (B_06, Abs. 40).“* [00:35:36]

Bewältigungsstrategien

Emotionale Bewältigungsstrategien
Subkategorie: Bewegung, Sport und Naturkontakt
I: Machst du bestimmte Dinge, um emotionalen Abstand zu gewinnen oder dich zu beruhigen? Also frische Luft, aus der Situation raus, hast du eben genannt. Aber wenn es wirklich um Distanz zu dem Thema geht, was machst du da? [00:20:25]
B_01: *„Ich tanze sehr gerne und bin auch sportlich aktiv … Ich suche auch immer das Element Wasser.“* [00:20:42]

Subkategorie: Mikropausen und Atemtechniken im Arbeitsalltag

I: Und was machst du, um emotional stabil zu bleiben? Machst du etwas Bestimmtes, um deine Ruhe zu bewahren oder klar zu denken, wenn es dann so stressig auch wird? [00:48:21]

B_02: *„Atemtechniken, um so ein bisschen den Sympathikus wieder herunterzuregulieren."* [00:48:35]

Subkategorie: Innere Haltung gegenüber Gefühlen und Sinnerleben

I: Das wollte ich jetzt fragen: Wie gehst du mit diesen belastenden Gefühlen um, wie Trauer, Ohnmacht, auch Wut? [00:11:15]

B_05: *„Mir hilft das schon auch, mir das einmal einzugestehen, dass ich davon auch nicht frei bin."* [00:11:21]

I: Hast du noch etwas über dich selbst gelernt durch die Arbeit mit betroffenen Frauen? [00:31:43]

B_07: *„Ich brenne für meine Überzeugung. Ich habe das Gefühl, ich muss das tun. (…) Die Arbeit, die ich mache, bewirkt etwas."* [00:31:56]

Subkategorie: Abgrenzung, Erholung und selektives Engagement

I: Nimmst du Arbeit auch mit nach Hause, […]? [00:10:34]

B_01: *„Wenn ich durch die Tür rausgehe, lasse ich alles zurück. Und dann geht es mir auch gut. Also ich habe diese Abgrenzung für mich persönlich."* [00:10:38]

I: Dann weiter. Was tust du, um emotional stabil zu bleiben? Machst du auch vielleicht etwas Bestimmtes, um oft deine Ruhe zu bewahren oder klar zu denken, gerade wenn es stressig wird? (4) [00:36:44]

B_04: *„mein Bett, meine Couch und mein Computer, die sind so einen halben Meter entfernt voneinander" (B_04, Abs. 56)."* [00:37:04]

I: Welche Rolle spielt denn dein soziales Umfeld bei der Bewältigung von Herausforderungen? (..) Das war ja jetzt so berufsbezogen, aber wenn du als Psychologin da bist, dann spielt es ja auch eine große Rolle. [00:33:27]

B_05: *„Eigentlich ist es auch gut, dass wir diese Arbeit machen, und gleichzeitig schade, dass es diese Arbeit braucht. Das hat manchmal auch fast schon so einen solidarischen Gedanken.“* [00:33:40]

Soziale Bewältigungsstrategien

Subkategorie: Reflexionsräume im Arbeitskontext

I: Wie gehst du mit solchen Gefühlen um? [00:22:51]

B_02: *„Diese Intervision hilft mir total, um mich selber zu entlasten, und es gibt mir das Gefühl, dass wir auch dadurch professioneller arbeiten können.“* [00:22:55]

I: Okay, dann machen wir weiter. Wir kommen zu deinen sozialen Strategien. Welche Unterstützung bekommst du von deinen Kolleginnen oder eben Supervisorinnen? (..) [00:39:23]

B_04: *„Es kam jetzt nicht wenig vor, dass wir in Arbeitsmeetings saßen und irgendjemand von uns geheult hat … Der Raum dafür war da.“* [00:39:36]

I: Wie gehst du dann mit Unsicherheit eventuell um oder schwierigen Entscheidungen in deinem Arbeitsalltag? [00:16:57]

B_03: *„Ich versuche mich immer mit dem Vier-Augen-Prinzip, einer Rückversicherung, durch eine kollegiale Beratung.“* [00:17:05]

Kognitive Bewältigungsstrategien

Subkategorie: Strukturierung und vorausschauende Planung

I: Okay, wir kommen zu den kognitiven Strategien und der nachfolgenden Abschlussrunde. Welche, würdest du sagen, nutzt du an Strategien, um komplexe oder schwierige Situationen zu verstehen? [00:25:16]

B_03: *„Wenn ich mit denen arbeite, kann ich mir Dinge besser visualisieren. Ich bin dann besser darin, Kernelemente auf das Wesentliche zu reduzieren.“* [00:25:29]

I: Gibt es konkrete Gedanken, die dir bei der Arbeit helfen? (..) Zählt das zu den konkreten Gedanken, die du dir machst, (..) um das runterzubrechen und zu verstehen? (..) Oder hast du noch andere konkrete Gedanken, (..) die dir helfen, deine Arbeit bewusst zu planen? (..) Oder Entscheidungen bewusst zu treffen, (..) um Überforderung zu vermeiden? (..) [00:48:30]
B_04: *„Wie kann ich Puffer einbauen? Und wo brauche ich unbedingt Hilfe? Wo ich weiß, das kriege ich nicht alleine hin."* [00:48:54]

Strukturelle Bewältigungsstrategien
Subkategorie: Strukturelles Engagement statt Resignation
I: Darf ich fragen, warum hast du dich entschieden, in diesem Berufsfeld zu arbeiten? Also was gefällt dir auch besonders an deiner Arbeit? [00:02:50]
B_04: *„Warum mache ich hier den ganzen B…, wenn man nicht in der Erkenntnis- und Wissensgewinnung mitwirkt und dann eben auch gesellschaftlich wirksam dieses Wissen transferiert und umsetzt und dann auch dazu beiträgt, dass Prozesse und Strukturen besser werden, vor allem für Personen, die eben nicht die Möglichkeit haben, da einzugreifen und trotzdem darunter leiden."* [00:03:03]

Subkategorie: Partizipative Arbeit mit Community-Expertinnen und PoC-Allies
I: Welche Empfehlungen würdest du denn anderen Fachkräften geben, die in deinem Bereich arbeiten, FGM/C? [01:02:57]
B_02: *„Ich habe für mich beschlossen, dass ich keine Fortbildung mache, ohne dass ich das mit einer Expertin zusammen mache. Das war so eine Entscheidung. Anders geht es irgendwie nicht mit dem Thema."* [01:03:11]

I: Kannst du eine Situation beschreiben, die dir besonders schwergefallen ist? (..) Du hast ja ganz viele Beispiele genannt. (...) [00:13:20]
B_02: *„Da ist mir klar geworden, dass ich, wenn ich eine Sprachmittlung im Raum habe … Und ich als weiße, nicht beschnittene, nicht von ganz vielen Sachen betroffene Frau dann auf der anderen Seite dieses Schreibtischs sitze, dass das ja irgendwie auch zu bedenken ist."* [00:13:29]

Anlage E: Kategoriensystem (ausführliche Version)

Die folgende Übersicht stellt das vollständige Kategoriensystem mit den induktiv entwickelten Unterkategorien dar. Jede Unterkategorie wird durch eine Definition und ein Ankerbeispiel aus dem Material zur Abgrenzung gegenüber benachbarten Kategorien beschrieben (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring, 2015).

Hauptkategorie 1: Herausforderungen

Subkategorie A1: Emotionale Herausforderungen

Emotionale Herausforderungen		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**
Belastende Affekte in Krisensituationen	Aussagen, die akute affektive Reaktionen der Fachkraft in einer konkret beschriebenen Beratungs-, Versorgungs- oder Krisensituation beschreiben.	„Es ist ein Spagat zwischen Frustration und Sauer-Sein. […] Ich bin richtig sauer, kann aber meine Emotionen nicht zeigen und muss trotzdem meine Professionalität wahren.“ (B_01, Abs. 14)
Sekundäre Belastung und Spannungsfeld Nähe-Distanz	Aussagen über länger anhaltende emotionale Belastung durch die Konfrontation mit Trauma-Erzählungen der Klientinnen sowie über das Spannungsfeld zwischen empathischer Nähe und professioneller Distanz.	„Mich belastet das emotional sehr, wenn ich mitbekomme, dass Kinder, die in Deutschland geboren sind, zu sogenannten Beschneidungsausflügen […] gebracht werden. […] Ich liege abends in meinem Bett.“ (B_01, Abs. 16)
Konfrontation mit eigenen Privilegien und Positionierung	Aussagen, die die reflexive Auseinandersetzung mit eigenen Privilegien beschreiben und diese Reflexion als emotional anspruchsvoll markieren.	„Es ist immer schwierig, es ist erforderlich, sich selber zu reflektieren und immer wieder seine eigene Position, eigene Privilegien, eigene Gedanken, eigene Biases, eigene Shortcomings zu reflektieren.“ (B_04, Abs. 14)
Abstumpfung als ambivalenter Selbstschutz	Aussagen, die einen Gewöhnungs- oder Normalisierungseffekt im Umgang mit wiederkehrenden Gewalt-	„Es gibt dann auch so eine gewisse Normalisierung. Weil ich weiß ja genau, was die mir erzählen. […] Das

	und Trauma-Erzählungen beschreiben und diesen reflexiv als zugleich schützend und problematisch einordnen.	ist wahrscheinlich auch gut so, aber ich merke trotzdem, dass etwas verloren geht.“ (B_02, Abs. 22)

Subkategorie A2: Soziale Herausforderungen

Soziale Herausforderungen		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**
Vertrauensaufbau im tabuisierten Themenfeld	Aussagen, die die Schwierigkeit beschreiben, eine Beratungs- oder Behandlungsbeziehung mit Klientinnen aufzubauen, weil FGM/C scham- und tabubehaftet ist.	„Was am Anfang sehr, sehr schwierig war, war erstmal diese Vertrauensbasis aufzubauen, dass Menschen überhaupt dieses Thema, das ist ja auch ein schambehaftetes Thema, platzieren können.“ (B_01, Abs. 22)
Verständigung über Sprachmittlung	Aussagen über Belastungen, die aus der dreiseitigen Konstellation Fachkraft–Klientin–Sprachmittler*in entstehen.	„Da habe ich dann auch gleich gesagt: Werde ich jetzt hier beobachtet? Also da habe ich gemerkt, dass ich dann irgendwie vorsichtig wurde.“ (B_02, Abs. 64)
Eurozentrismus, Rassismus und Fragen der Legitimation	Aussagen, die rassistische oder eurozentrische Strukturen im Hilfesystem benennen sowie Fragen der Deutungshoheit und Legitimation thematisieren.	„Unter Kolleginnen würde ich sagen, gibt es einen sehr eurozentristischen, weißen Blick auf diese Thematik, die halt leider auch so eine Arbeit nicht wirklich konstruktiv bereichert und unnötig erschwert.“ (B_03, Abs. 26)

Subkategorie A3: Kognitive Herausforderungen

Kognitive Herausforderungen		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**

Komplexität und Multidimensionalität der Fälle	Aussagen über die kognitive Anforderung, FGM/C nicht isoliert, sondern in der gesamten Lebenslage der Klientinnen zu erfassen und in der Beratung gleichzeitig zu bearbeiten.	„Es ist für mich etwas Transdisziplinäres: Also erstmal die Flucht als solche, dann die Gründe, dann die genderspezifische Gewalt und dann noch in einem Land zu sein, in dem man sich Sicherheit wünscht.“ (B_01, Abs. 34)
Konzentrationsdruck und Entscheidungen unter Unsicherheit	Aussagen über die kognitive Anforderung in hochkonzentrierten Arbeitssituationen sowie über Entscheidungen, die unter heterogener Evidenzlage und unsicherem Wissensstand getroffen werden müssen.	„Am meisten erfordert es die Erstvorstellung der Patientin. […] Da muss ich mich total konzentrieren, wenn ich ein Attest erstelle, dass das alles korrekt ist.“ (B_02, Abs. 36)
Kultur- und Sprachsensibilität als kognitive Daueraufgabe	Aussagen, die die kognitive Anforderung beschreiben, fortlaufend kultur- und sprachsensibel zu denken und zu kommunizieren.	„Ich stimme mich immer auf mein Gegenüber ab. Also ich gucke immer, wer sitzt vor mir, wie kann ich Dinge herunterbrechen, wie kann eine Kommunikation stattfinden.“ (B_01, Abs. 40)
Rollendiffusion und Mehrfachanforderungen	Aussagen über die kognitive Anforderung, in der Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen die eigene professionelle Rolle klar zu halten, wenn Klientinnen Mehrfachbedarfe an die Fachkraft herantragen.	„Es passiert ja manchmal auch, dass so ein bisschen unklar ist, was eigentlich meine Rolle ist oder dieses: Was ist denn jetzt eigentlich eine Psychologin und was ist denn hier möglich?“ (B_05, Abs. 30)

Subkategorie A4: Strukturelle Herausforderungen

Strukturelle Herausforderungen		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**
Versorgungslücken und fehlendes Fachwissen im Hilfesystem	Aussagen über fehlendes Fachwissen bei Kolleg*innen und Institutionen sowie strukturelle Versorgungslücken im Hilfesystem,	„Ich wünschte, dass es da klare Evidenz gäbe, ein klares Protokoll, wo man das machen kann, und dass das auch dann verfügbar ist und zugänglich.“ (B_02, Abs. 24)

	die nicht dem eigenen kognitiven Repertoire, sondern dem Versorgungssystem als Ganzes zugeschrieben werden.	
Ressourcenknappheit und prekäre Finanzierung	Aussagen über prekäre Projektfinanzierung, Personalmangel und weitere Ressourcenknappheit als strukturelle Belastung der Tätigkeit.	„Wir haben viele Ideen oder würden vieles umsetzen, aber es wird einfach immer wieder ausgebremst an dem Finanziellen." (B_06, Abs. 40)
Aufenthaltsrechtliche Hürden und Familiennachzug	Aussagen über aufenthaltsrechtliche Restriktionen als Schnittstelle struktureller und affektiver Belastung, insbesondere bei eingeschränktem Familiennachzug und drohender Beschneidung zurückgelassener Kinder.	„Frauen, die ihre Kinder noch in den Herkunftsländern haben und dort eine Beschneidung droht, sich sehr hilflos fühlen, wie sie die Kinder beschützen können." (B_06, Abs. 20)

Hauptkategorie 2: Bewältigungsstrategien

Subkategorie B1: Emotionale Bewältigungsstrategien

Emotionale Bewältigungsstrategien		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**
Bewegung, Sport und Naturkontakt	Aussagen über körperbezogene Strategien der Affektregulation in der Freizeit.	„Ich muss sagen, dass ich nach meiner Arbeit immer lange spaziere. […] Immer dann, wenn ich an der frischen Luft bin, würde ich sagen, dass meine Ressourcen dieser Spaziergang sind." (B_01, Abs. 20)

Mikropausen und Atemtechniken im Arbeitsalltag	Aussagen über kurze, in den Arbeitsalltag eingebaute Regulationsstrategien.	„Vielleicht auch gezielt ein bisschen langsamer zu machen oder […] zu sagen, ich nehme jetzt einmal einen Tee oder ich führe einmal mit einer Kollegin ein Gespräch.“ (B_05, Abs. 24)
Innere Haltung gegenüber Gefühlen und Sinnerleben	Aussagen über eine bewusste innere Haltung gegenüber den eigenen Gefühlen.	„Ich finde es immer toll, wenn ich am Ende des Tages Menschen geholfen habe, wenn ich für Menschen oder Frauen, die betroffen sind von FGM/C, eine Stimme geworden bin.“ (B_01, Abs. 8)
Abgrenzung, Erholung und selektives Engagement	Aussagen über bewusste Praktiken der Abgrenzung gegenüber der beruflichen Belastung.	„Ich versuche, dass meine Beratungsarbeit tatsächlich über ein dienstliches Handy läuft. Also keine privaten Nummern rausgebe.“ (B_03, Abs. 22)

Subkategorie B2: Soziale Bewältigungsstrategien

Soziale Bewältigungsstrategien		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**
Reflexionsräume im Arbeitskontext	Aussagen über professionelle und kollegiale Reflexionsformate im Arbeitskontext.	„Wir hatten in unserer Beratungsarbeit immer eine sehr gute Supervision. […] Da ich selber die Person of Color war, habe ich immer Wert darauf gelegt, dass ich auch eine Supervision habe mit einer Person of Color.“ (B_03, Abs. 18)
Privates Umfeld als Ressource	Aussagen über die Bedeutung von Familie, Partnerschaft, Freundschaft und Wohngemeinschaft als emotionale Ressource zur Bewältigung beruflicher Belastung.	„Ich habe einfach eine sehr gute Ehe und ich habe sehr nette Kinder und habe auch einen guten Ehemann, der immer an meiner Seite steht.“ (B_01, Abs. 36)
Beziehungsgestaltung mit Klientinnen	Aussagen über die aktive Gestaltung der Beziehung zur Klientin als Bewältigungsressource.	„Was wirklich schön ist, ist, dass wenn wir uns länger kennen und man sich dann auch so freut, dass

		man sich wieder trifft.“ (B_02, Abs. 88)

Subkategorie B3: Kognitive Bewältigungsstrategien

Kognitive Bewältigungsstrategien		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**
Strukturierung und vorausschauende Planung	Aussagen über Strategien der kognitiven Strukturierung.	„Dann schreibe ich mir auch immer alles auf. Dokumentation ist auch super wichtig.“ (B_02, Abs. 38)
Kognitives Reframing und Umgang mit Ungewissheit	Aussagen über kognitive Strategien der Bewertungs- und Bedeutungsverschiebung.	„Aber dann versuche ich mich halt eher auf das zu fokussieren, was ich eigentlich kann als Gynäkologin.“ (B_02, Abs. 16)
Wissensaneignung und kritische Selbstreflexion	Aussagen über fortlaufende Wissensaneignung sowie über kritische Selbstreflexion eigener Annahmen, Biases und Wissenslücken als Bewältigungsstrategie kognitiver Unsicherheit.	„Ich glaube, ich gehe auch jetzt mittlerweile sehr, sehr reflektiert in Gespräche rein und habe so bestimmte Tools oder bestimmte Dinge in meinem Kopf, dass ich rassismuskritisch denke.“ (B_01, Abs. 40)

Subkategorie B4: Strukturelle Bewältigungsstrategien

Strukturelle Bewältigungsstrategien		
Unterkategorie	**Definition**	**Ankerbeispiel**
Strukturelles Engagement statt Resignation	Aussagen, in denen Fachkräfte erlebte Ohnmacht und Resignation in strukturell-politisch wirksames Engagement überführen, etwa	„Warum mache ich hier den ganzen B…, wenn man nicht in der Erkenntnis- und Wissensgewinnung mitwirkt und dann eben auch gesellschaftlich wirksam dieses Wissen transferiert und umsetzt und dann auch dazu beiträgt, dass Prozesse und Strukturen besser werden.“ (B_04, Abs. 6)

	durch die Verlagerung der eigenen Tätigkeit in Forschung sowie in Bildungs- und Aufklärungsarbeit.	
Partizipative Arbeit mit Community-Expertinnen und PoC-Allies	Aussagen über die strukturelle Selbstverpflichtung zu partizipativen Arbeitsformen, die Community-Expertinnen und PoC-Allies als gleichberechtigte Wissensträgerinnen einbinden.	„Ich habe für mich beschlossen, dass ich keine Fortbildung mache, ohne dass ich das mit einer Expertin zusammen mache. Das war so eine Entscheidung. Anders geht es irgendwie nicht mit dem Thema.“ (B_02, Abs. 84)
Institutionelle Leitfäden und Multi-Agency-Vernetzung	Aussagen über die Erstellung und Nutzung institutioneller Leitfäden sowie die Mobilisierung lokaler, deutschland- und europaweiter Fachnetzwerke und Multi-Agency-Verfahren zur Schließung von Versorgungslücken.	„Das [Multi-Agency-Verfahren] ist eine multidisziplinäre Konferenz, wo verschiedene Disziplinen zusammenkommen und sich über Hochrisikofälle austauschen.“ (B_07, Abs. 92)

Prompt-Verzeichnis

KI-Tool: Claude (Anthropic, 2026)

Nr.	Datum	Prompt (gekürzt)	Ziel	Kritische Antwortbewertung und Verarbeitung	Reflexion
1	10.05.2026	„Korrigiere und kürze meinen Text zur Datenauswertung nach Kuckartz in meinem Methodenteil (sieben Phasen, deduktive/induktive Kategorienbildung).	Methodisch korrekte und eigenständige Darstellung des Auswertungsverfahrens	Korrekturen wurden geprüft und in den eigenen Text angepasst und in den Methodenteil übernommen.	Sprachliche Glättung und Zusammenführung. Kategorien und Belege stammen aus eigener Arbeit.
2	16.05.2026	„Formuliere die Schritte 3 bis 7 der Inhaltsanalyse aus und verbinde sie.	Sprachliche Ausarbeitung der Kategorienbildung und Codierung und methodische Inspiration	Vorschläge überarbeitet und an das eigene Kategoriensystem angepasst übernommen.	Gut zum Überblick verschaffen, aber zu oberflächlich. Half, die Kodierschritte präzise zu benennen, und gab Sicherheit, wie die Schritte abfolgen können. zur Klärung des tatsächlichen Vorgehens (z. B. Definitionen vorab vs. nachträglich im Kategoriensystem).
3	15.06.2026	„Identifiziere Redundanzen in Kapitel 3 (Forschungsstand) und schlage Kürzungen vor.“	Forschungsstand straffen, Wiederholungen entfernen	Vorgeschlagene Kürzungen geprüft und als Änderungen im Dokument übernommen.	Half beim Erkennen mehrfach wiederholter Kernaussagen bei den Studien. Inhaltliche Aussagen, Studien und Belege sind eigene Arbeit; unterstützt wurde nur in der Verdichtung.

KI-Tool: ChatGPT (OpenAI, GPT-5.3, 2026)

Nr.	Datum	Prompt (gekürzt)	Ziel	Verarbeitung	Reflexion
1	18.12.2025	„Ich muss eine Masterarbeit zum Thema weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Fachkräfte schreiben und möchte den Titel eingrenzen.“	Verbesserung und Inspiration eines wissenschaftlich präzisen und passenden	Umformulierung des Titels in mehreren akademischen Varianten mit unterschiedlichen Schwerpunkten.	War entlastend bei der Eingrenzung der Arbeit, da Titel sprachlich präziser, klarer auf die Fachkräfteperspektive eingegrenzt und akademisch

Nr.	Datum	Prompt (gekürzt)	Ziel	Verarbeitung	Reflexion
			Masterarbeits-titels		anschlussfähig gestaltet wurde.
2	16.01.2026	„Unterstütze mich bei der Verbesserung meines wissenschaftlichen Abstracts zur Masterarbeit (FGM/C aus Fachkräfteperspektive), inkl. Strukturierung von Ziel, Forschungsfrage und zentralen Inhalten.“	Verbesserung eines strukturierten, wissenschaftlichen Abstracts	Textbausteine wurden sprachlich und inhaltlich zusammengeführt und auf Abstract-Niveau verdichtet.	Unterstützung bei Strukturierung und wissenschaftlicher Sprache war hilfreich; keine inhaltliche Übernahme fremder Quellen.
3	08.02.2026	„Übersetze mein leitfadengestütztes Interviewleitfadens (FGM/C aus der Perspektive von Fachkräften) ins Englische.“	angepasste englische Version des Interviewleitfadens für eine qualitative Masterarbeitsstudie	Der deutsche Interviewleitfaden wurde vollständig ins Englische übertragen und äquivalent übersetzt bzw. sprachlich vereinheitlicht.	Durch KI war die ausschließlich sprachliche und formale Übersetzung sowie stilistische Anpassung sehr schnell möglich und dadurch effizienter; keine inhaltliche Veränderung der Forschungsfragen oder theoretischen Ausrichtung. Die wissenschaftliche Struktur des Leitfadens wurde beibehalten.
4	16.05.2026	„Hilf mir, geeignete Theorien zu Bewältigungsstrategien (Coping) für meine Thesis im FGM-Kontext auszuwählen. Ich habe bereits Lazarus & Folkman verwendet. Welche ergänzenden Theorien passen zu Fachkräfteperspektiven und wie kann ich diese sinnvoll begrenzen, ohne zu viele Modelle zu verwenden?“	Theoretische Eingrenzung und Sammlung von Ansätzen, Ideen. und Konzepten zum Thema der Thesis.	Vorschläge zu theoretischen Ansätzen wurden auf Relevanz für das Thema geprüft und spezifisch ausgewählt. Fokus auf Vermeidung theoretischer Überladung.	Für Übersicht war die KI gut; gleichzeitig war die Fülle an Vorschlägen überfordernd. Entscheidend ist die Schaffung eines Überblicks gewesen und zu prüfen, ob die Theorien tatsächlich existieren.
5	22.05.2026	„Hilf mir, die Einleitung meiner Masterarbeit zum Thema FGM/C aus der Fachkräfteperspektive logisch zu strukturieren. Insbesondere sollen Ziel und Forschungsfrage klar formuliert werden.“	Klare Strukturierung der Einleitung mit nachvollziehbarer Forschungsfrage und Zielsetzung.	Die bestehende Einleitung wurde inhaltlich gesichtet und in eine logische Abfolge gebracht; Redundanzen wurden reduziert.	Deutlich wurde, dass die Forschungsfrage direkt aus Versorgungslücke und Belastungssituationen abgeleitet werden muss. Hilfreich war die klare Strukturierung von Forschungsfrage und Zielsetzung.

Eigenständigkeitserklärung

Ich, Khulud Sharif-Ali, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen und des Internets) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht physisch oder elektronisch veröffentlicht.

Berlin, 18.06.2026 _____

Ort, Datum Unterschrift