

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit. Kultur. Medien

Masterarbeit

Veränderungen im sexuellen Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP-Konisation

Eine qualitative Studie mit Schlussfolgerungen für die Sexualberatung

Vorgelegt von: Hanna Krohn

Matrikelnummer 29089

Studiengang Sexologie – Sexuelle Gesundheit und Sexualberatung

Erstbetreuerin: Prof. Dr. Maika Böhm

Zweitbetreuerin: Maria Urban

Merseburg, den 11.08.2025

Danksagung

Ich danke allen Frauen, die bereit waren, mir von ihren sehr persönlichen Erfahrungen zu berichten. Ohne ihren Mut und ihre Offenheit wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein besonderer Dank gilt Olivia Bryant, die sich mit so viel Leidenschaft der Erforschung der Zervix widmet und mich damit auf die Spur dieses faszinierenden Körperteils gebracht hat. Ebenso danke ich Mandy Mangler für ihr feministisches Engagement in der Frauenheilkunde. Und ich denke an all die bekannten und unbekannten Frauen vor mir, die sich für die sexuelle Gesundheit von Frauen eingesetzt haben.

Ich danke meiner Erstgutachterin Prof. Dr. Maika Böhm und meiner Zweitgutachterin Maria Urban für ihre wertvolle und konstruktive Begleitung sowie für ihre bereichernden Studieninhalte. Mein Dank gilt auch all jenen Frauen und Männern, von denen ich in den letzten Jahren lernen durfte und die mir ein interdisziplinäres Verständnis meines Forschungsgegenstandes ermöglicht haben.

Ein herzliches Dankeschön geht an alle Menschen in meinem Umfeld – Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen, Klientinnen – die mich unterstützt, ermutigt, mit Schokolade versorgt und Verständnis dafür gezeigt haben, dass meine Nerven im letzten halben Jahr oft blank lagen und mein Fokus fast ausschließlich dieser Arbeit galt.

Meinen Kindern Philine, Linus und Merle sowie meiner Enkeltochter Mayleen danke ich von Herzen für ihre Geduld und ihr Verständnis, denn auch für sie blieb in den letzten Monaten oft zu wenig Zeit.

Schließlich gilt mein Dank meinen verstorbenen Eltern Gisela und Erich Krohn und meiner Großmutter Dorothee Boyens. Sie haben mich stets in meinen Plänen bestärkt und mir den Rücken für ein selbstbestimmtes Leben freigehalten.

Hanna Krohn

Summary

The LEEP conization is considered a routine gynecological procedure without relevant effects on female sexuality. This qualitative study systematically examines the subjective sexual experiences of cis-women after LEEP conization. Six problem-centered interviews explore individual experiences and processing mechanisms using qualitative content analysis according to *Mayring*.

The results reveal a broad spectrum of changes: from severe sexual destabilizations through complex reorganization processes to unexpected enrichments of sexuality. Contrary to the assumption of a „harmless“ procedure, adaptation processes extend over years and affect physical, emotional, and relational dimensions. The study develops five analytical axes as a systematic framework: temporal axis, physical-sensory axis, trauma-resources axis, self-determination axis, and sexual learning axis.

From this emerge initial contours of a trauma-sensitive, phase-specific support concept for sexual counseling, which is based on a biopsychosocial understanding of health. The findings highlight the necessity of systematic integration of sexuality-related counseling competencies in gynecological practices and underscore the importance of subjective experiential perspectives in medical interventions on the female intimate zone.

Keywords

Cervix, female sexuality, LEEP, qualitative research, sexual counseling, sexual experience

Zusammenfassung

Die LEEP-Konisation gilt als gynäkologischer Routineeingriff ohne relevante Auswirkungen auf die weibliche Sexualität. Diese qualitative Studie untersucht systematisch das subjektive sexuelle Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP-Konisation. In sechs problemzentrierten Interviews werden individuelle Erfahrungen und Verarbeitungsprozesse mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach *Mayring* analysiert.

Die Ergebnisse zeigen ein breites Spektrum von Veränderungen: von gravierenden sexuellen Destabilisierungen über komplexe Reorganisationsprozesse bis hin zu unerwarteten Bereicherungen des sexuellen Erlebens. Entgegen der Annahme eines „harmlosen“ Eingriffs dauern die Anpassungsprozesse Jahre und betreffen körperliche, emotionale und beziehungsbezogene Dimensionen. Die vorliegende Studie entwickelt vor diesem Hintergrund fünf analytische Achsen als systematischen Rahmen: Zeitachse, körperlich-sensorische Achse, Trauma-Ressourcen-Achse, Selbstbestimmungssachse und Achse des sexuellen Lernens.

Daraus ergeben sich erste Konturen eines traumasensiblen, phasenspezifischen Begleitkonzepts für die Sexualberatung, dem ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit zugrunde liegt. Die Befunde verdeutlichen die Notwendigkeit einer systematischen Integration sexualitätsbezogener Beratungskompetenzen in gynäkologischen Praxen und unterstreichen die große Bedeutung der subjektiven Erlebensperspektive bei medizinischen Eingriffen in der weiblichen Intimzone.

Schlagwörter

LEEP, qualitative Forschung, Sexualberatung, sexuelles Erleben, weibliche Sexualität, Zervix

Inhaltsverzeichnis

1.	Routineeingriff ohne Bedeutung für die Sexualität?	3
2.	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Anatomie und Funktion des Gebärmutterhalses	5
2.1.1	Lage, Aufbau, Variabilität und Funktion	5
2.1.2	Veränderungen bei sexueller Erregung	7
2.1.3	Der direkte Draht zum zentralen Nervensystem	8
2.2	Der Gebärmutterhals im sexuellen Erleben von cis-Frauen	11
2.2.1	Die Frage der zervikalen Sensibilität	11
2.2.2	Zervikale Lust in der Forschung und subjektives Erleben	12
2.3	Zellveränderungen am Gebärmutterhals und die LEEP-Konisation	15
2.3.1	Entstehung durch das Humane Papillomavirus (HPV)	15
2.3.2	Prävention, Diagnostik und Therapie	15
2.3.3	Die LEEP-Konisation	17
2.4	Sexuelles Erleben nach gynäkologischen Eingriffen: Ein integrativer theoretischer Rahmen	20
2.4.1	Biopsychosoziales Rahmenmodell sexueller Gesundheit	20
2.4.2	Traumasensible Perspektiven auf gynäkologische Eingriffe	21
2.4.3	Das autonome Nervensystem als neurobiologische Brücke	24
2.5	Forschungsstand und Forschungslücke	25
2.5.1	Stand der Forschung zur Sexualität nach LEEP-Konisation	25
2.5.2	Forschungslücke und Beitrag der eigenen Studie	27
3.	Studie und Methodik	30
3.1	Methodologie und Studiendesign	30
3.2	Durchführung der Studie: Rekrutierung, Sample, Erhebung und Forschungsethik	31
3.3	Datenauswertung und Gütekriterien	32

4.	Darstellung der Interviews und Interpretation	34
4.1	Charakterisierung des Samples	34
4.2	Einzelfallanalysen	36
4.2.1	B01: „Warum? Weil er dich angesteckt hat!“	36
4.2.2	B02: „Die Gebrauchsanweisung für mich musste neu geschrieben werden.“	40
4.2.3	B03: „Das ist ein ganz tiefes, weibliches All-over-Erlebnis“	46
4.2.4	B04: „Ich fühlte mich wie im Scherbenhaufen.“	50
4.2.5	B05: „Als wäre mein Musikinstrument massiv beschädigt worden.“	56
4.2.6	B06: „Dieses Lustvolle, dass mir das auch zusteht.“	61
4.3	Achsenmodell zur Analyse der Entwicklungsprozesse nach der LEEP-Konisation	64
4.3.1	Zeitachse – von akuter Destabilisierung zur Integration	65
4.3.2	Körperlich-sensorische Achse: Somatische Grundlagen der Reorganisation	66
4.3.3	Trauma-Ressourcen-Achse – Balance als Schlüsselfaktor	68
4.3.4	Achse der Selbstbestimmung: Auf dem Weg zur Autonomie	70
4.3.5	Die Achse des sexuellen Lernens	72
5.	Diskussion der Ergebnisse	75
5.1	Traumasensible Perspektiven auf widersprüchliche Forschungsbefunde	75
5.2	Sexualberaterische Begleitung der LEEP-Konisation	78
5.2.1	Begleitkonzept und konkrete Interventionen	79
5.2.2	Traumasensible Grundhaltung als Standard	82
5.3	Methodische Reflexion und Limitationen der Studie	83
6.	Schlusswort und Ausblick	87
7.	Verzeichnisse	90
7.1	Abbildungsverzeichnis	90
7.2	Quellenverzeichnis	91
	Anhang	106

1 Routineeingriff ohne Bedeutung für die Sexualität?

Die LEEP-Konisation ist ein häufig durchgeführter gynäkologischer Eingriff zur Diagnose und Entfernung von Krebsvorstufen am Gebärmutterhals. Mit jährlich etwa 56.000 Fällen in Deutschland zählt sie zu den Routineeingriffen der Frauenheilkunde (Robert Koch-Institut, 2023). Gleichzeitig gilt der Gebärmutterhals seit dem Kinsey-Report (Kinsey et al., 1953) als unsensibel für sexuelle Stimulation. Diese Annahme wird zunehmend in Frage gestellt.

Diese Konstellation führt zu einem problematischen Paradox: Während sich zahlreiche Studien mit medizinischen und reproduktivitätsbezogenen Folgen der LEEP-Konisation beschäftigen, bleibt das sexuelle Erleben der betroffenen Frauen weitgehend unbeachtet.¹ Dieser Umstand trägt mit dazu bei, dass Frauen, die Veränderungen artikulieren, in ihrem Erleben oft nicht ernst genommen werden.

Traumasensible Perspektiven verdeutlichen, dass medizinische Eingriffe – je nach Kontext und subjektivem Erleben – traumatische Spuren hinterlassen können, insbesondere wenn sie als entwürdigend oder bedrohlich erlebt werden (Büttner, 2018). Zugleich zeigen Forschungen, dass eine respektvolle, partizipative Behandlungsweise entscheidend dazu beitragen kann, gynäkologische Eingriffe als kontrollierbar und ihre Erfahrung als integrierbar zu erleben (Heinzler et al., 2018; Juraskova et al., 2007).

Trotz der hohen Zahl an LEEP-Konisationen ist das subjektive sexuelle Erleben der betroffenen Frauen bislang kaum systematisch erforscht. Die wenigen existierenden Studien konzentrieren sich primär auf reproduktive Risiken und verwenden quantitative Erhebungsinstrumente wie den Female Sexual Function Index (FSFI), die möglicherweise die Komplexität und Individualität sexueller Erfahrungen nicht adäquat erfassen können. Qualitative Untersuchungen, die Raum für die subjektiven Bedeutungsgebungen und Verarbeitungsprozesse der Frauen schaffen, fehlen.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie folgende Forschungsfrage: Wie verändert sich das sexuelle Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP-Konisation und welche Faktoren beeinflussen diese Erfahrungen? Daraus leiten sich folgende Teilfragen ab: Welche

¹ Körperliche Aspekte im Zusammenhang mit weiblicher Sexualität sind weitgehend unerforscht und stellen die größte Forschungslücke auf dem Feld der weiblichen Sexualität dar (vgl. Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2023).

körperlichen, emotionalen und beziehungsbezogenen Dimensionen sind betroffen? Welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien entwickeln Frauen? Welche Implikationen ergeben sich daraus für die sexualberaterische Praxis?

Die Fragen werden mittels eines qualitativen Forschungsdesigns beantwortet. In sechs problemzentrierten Interviews konnten Frauen ihre Erfahrungen artikulieren und subjektive Bedeutungen explizieren. Die Analyse erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Der Aufbau der Arbeit folgt einer Logik vom Allgemeinen zum Spezifischen: Nach der Erörterung des theoretischen Fundaments zu Anatomie, Sexualität und gynäkologischen Eingriffen (Kapitel 2) werden die methodische Herangehensweise und die Durchführung der qualitativen Studie dargestellt (Kapitel 3). Die Ergebnisse der Interviews mit sechs Frauen werden zunächst als Einzelfallanalysen und anschließend in einer fallübergreifenden Prüfung präsentiert (Kapitel 4). Die Diskussion ordnet die Befunde abschließend in den Forschungsstand ein und skizziert ein traumasensibles Begleitkonzept für die sexualberaterische Praxis (Kapitel 5).

Die Studie konzentriert sich auf cis-Frauen, um eine Anschlussfähigkeit an die bestehende, überwiegend auf diese Gruppe bezogene Forschungsliteratur zu gewährleisten. Dies erfolgt in dem Bewusstsein, dass auch andere Personen mit Zervix von LEEP-Konisationen betroffen sind. Das sexuelle Erleben queerer Personen nach gynäkologischen Eingriffen stellt ein eigenständiges, ebenfalls wichtiges Forschungsfeld dar, das gesonderte Aufmerksamkeit verdient. Um alle Geschlechter sichtbar zu machen, verwendet die Arbeit das Gendersternchen.

Diese Arbeit versteht sich als Beitrag zum Brückenschlag zwischen Frauenheilkunde, Sexualberatung und traumasensibler Arbeit. Dieser interdisziplinäre Ansatz wird der Komplexität des Themas gerecht und eröffnet neue Perspektiven für die Begleitung betroffener Frauen.

2 Theoretischer Hintergrund

Die Einordnung der Auswirkungen einer LEEP-Konisation auf das sexuelle Erleben bedarf eines interdisziplinären Zugangs, der anatomische, sexualwissenschaftliche und psychotraumatologische Perspektiven verbindet. Das folgende Kapitel entwickelt insofern systematisch die theoretischen Grundlagen der folgenden Studie: Ausgehend von der Anatomie und Funktion des Gebärmutterhalses (2.1) wird dessen Bedeutung für das sexuelle Erleben von cis-Frauen beleuchtet (2.2), bevor medizinische Hintergründe der LEEP-Konisation dargestellt werden (2.3). Ein integrativer theoretischer Rahmen verbindet anschließend verschiedene Erklärungsansätze für sexuelle Veränderungen nach gynäkologischen Eingriffen (2.4). Die Analyse des aktuellen Forschungsstands begründet sodann die Notwendigkeit der vorliegenden Untersuchung (2.5). Diese Herangehensweise würdigt sowohl die körperlichen als auch die psychosozialen Dimensionen weiblicher Sexualität und schafft die Basis für ein differenziertes Verständnis der komplexen Auswirkungen gynäkologischer Eingriffe.

2.1 Anatomie und Funktion des Gebärmutterhalses

2.1.1 Lage, Aufbau, Variabilität und Funktion

Der zylinderförmige Gebärmutterhals bildet den unteren Teil des Uterus und stellt die Verbindung zur Vagina her (s. Abb. 1). Makroskopisch lässt sich die Zervix in zwei funktional und anatomisch unterschiedliche Abschnitte gliedern:

Die Portio vaginalis (Ectocervix) ragt in die Vagina hinein und ist über den äußeren Muttermund (Ostium uteri externum) zugänglich. Sie kann mittels Spekulum und bei Bedarf Kolposkop – ein Lupeninstrument zur sechs bis 40fachen Vergrößerung – inspiziert werden (s. Abb. 2). Die Portio supravaginalis (Endocervix) ist der obere, nicht einsehbare Teil. Sie enthält den fächerförmig gefalteten Zervixkanal (Canalis cervicis), der über den inneren Muttermund (Ostium uteri internum) in die Gebärmutterhöhle mündet (s. Abb. 3).

Die Gesamtlänge der Zervix beträgt durchschnittlich 2,5 – 5 cm, der Durchmesser etwa 2 – 3 cm. Haltebänder (Ligamente) verbinden die Gebärmutter mit den umliegenden Organen und halten sie in ihrer Position. Das kräftigste, das Ligamentum cardinale (Mackenrodt'sches Band), umschließt die Zervix.

Die Form der Zervix zeigt charakteristische individuelle Unterschiede. Der Muttermund erscheint bei Frauen ohne vaginale Geburten meist rundlich, bei Frauen nach vaginalen Geburten häufig quer geschlitzt (s. Abb. 4). Diese Veränderungen entstehen durch die natürliche Dehnung während der Geburt. Die Position der Zervix im Becken ist dynamisch und kann

durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden: die Lage anderer Organe, den Tonus des Beckenbodens oder vorangegangene Operationen. Diese Positionsveränderungen können temporär oder dauerhaft sein.

Die detaillierte Betrachtung der mikroskopischen Struktur der Zervix zeigt einen vierschichtigen Aufbau:

Epithel: Die oberflächliche Zellschicht weist eine charakteristische Zonierung auf. Die Portio vaginalis ist mit mehrschichtigem unverhorntem Plattenepithel ausgekleidet, der Zervixkanal mit einschichtigem Zylinderepithel, das baumartig verzweigte Drüsenzellen enthält. Besonders bedeutsam ist der Übergangsbereich zwischen beiden Epithelformen, der als Transformationszone bezeichnet wird, da sich hier besonders häufig HPV-induzierte Zellveränderungen entwickeln. Die Grenze zwischen den beiden Epithelformen verschiebt sich im Laufe des Lebens in Abhängigkeit von Alter, der Anzahl der Geburten und dem Hormonstatus (s. Abb. 5).

Submukosa: Diese Schicht enthält spezialisierte Drüsen, die hormonabhängig Zervixschleim produzieren. Der Schleim spielt eine entscheidende Rolle für die Fruchtbarkeit, insbesondere durch seine zyklisch modulierte Durchlässigkeit für Spermien (Fair et al., 2019; Levin, 2005).

Muskelschicht (Myometrium): Im Gegensatz zur stark muskulären Gebärmutter enthält die Zervix nur wenige glatte Muskelzellen. Stattdessen besteht sie überwiegend aus kollagenreichem Bindegewebe, das ihr die charakteristische Kombination aus Festigkeit und Dehnbarkeit verleiht. Diese Struktur ist entscheidend für ihre Funktion als „Türhüterin“ zwischen Gebärmutter und Vagina.

Adventitia: Die äußere Schicht besteht aus lockerem Bindegewebe mit einem reichen Netzwerk von Blutgefäßen und Nerven. Sie verbindet die Zervix mit den benachbarten Organen und ermöglicht die notwendige Beweglichkeit im Becken.

Im Verlauf des Menstruationszyklus durchläuft die Zervix charakteristische Veränderungen, die mit den Fingern ertastet werden können. Diese Veränderungen betreffen Konsistenz, Lage und Offenheit des Muttermundes und werden in der natürlichen Familienplanung als Fruchtbarkeitszeichen genutzt. Um den Eisprung wird die Zervix unter Östrogeneinfluss weich, feucht durch vermehrte Schleimproduktion, hochstehend und leicht geöffnet. Diese Veränderungen erleichtern die Spermienpassage und optimieren die Bedingungen für die Befruchtung. Nach der Ovulation senkt sich die Zervix unter Progesteroneinfluss wieder ab, der Muttermund schließt sich und die Konsistenz wird fester. Auch während der

Menstruation öffnet sich der Muttermund leicht, um den Abfluss des Menstruationsblutes zu ermöglichen.

Parallel zu den strukturellen Veränderungen unterliegt auch der von den Zervixdrüsen produzierte Schleim hormonellen Einflüssen. In der östrogendominierten Zyklusphase wird er zunehmend klar, dehnbar und spinnbar. Dieser „fruchtbare“ Schleim erleichtert nicht nur den Spermien den Eintritt in die Gebärmutter, sondern übernimmt auch aktive Funktionen: Er selektiert, schützt und konditioniert Spermien für die Befruchtung und kann ihre Überlebensdauer von wenigen Stunden auf bis zu fünf Tage verlängern (Fair et al., 2019; Levin, 2005). In der lutealen Phase wird der Schleim unter dem Einfluss von Progesteron zäh, undurchlässig und bildet einen Schleimpfropf, der als physikalische Barriere gegenüber Spermien und Mikroorganismen wirkt. Der Zervixschleim übernimmt dabei eine immunologische Rolle, die weit über eine einfache physikalische Barriere hinausgeht. Er enthält eine Vielzahl antimikrobieller Peptide, Enzyme und spezifische Antikörper, die das Eindringen pathogener Keime verhindern. Zusätzlich moduliert er das lokale pH-Milieu und schafft so optimale Bedingungen für die Vaginalflora.

In der Frühschwangerschaft bildet die Zervix unter Progesteroneinfluss einen besonders dichten Schleimpfropf (Zervixpfropf), der die Gebärmutter zuverlässig vor aufsteigenden Infektionen und vorzeitiger Wehentätigkeit schützt. Dieser Pfropf bleibt während der gesamten Schwangerschaft bestehen und löst sich erst kurz vor der Geburt. Während der Schwangerschaft bleibt die Zervix fest verschlossen. Dieser Zustand wird als zervikale Kompetenz bezeichnet. Erst gegen Ende der Schwangerschaft bereitet sie sich unter dem Einfluss von Relaxin, Prostaglandinen und anderen Mediatoren auf die Geburt vor, indem sie weicher, elastischer und durchlässiger wird. Dieser Prozess wird als Zervixreifung bezeichnet. Während der Eröffnungsphase der Geburt muss sich die Zervix unter der Wirkung von Wehen vollständig weiten (bis auf etwa 10 cm Durchmesser), um dem Kind den Durchtritt durch das Becken zu ermöglichen (Nott et al., 2016). Nach der Geburt kehrt sie allmählich zu ihrer ursprünglichen Form zurück.

2.1.2 Veränderungen bei sexueller Erregung

Während der sexuellen Erregung durchläuft die Zervix Veränderungen, die sowohl der sexuellen Funktion als auch der Reproduktion dienen. In den zervikalen Drüsen wird während sexueller Erregung vermehrt Sekret produziert, das zur vaginalen Lubrikation beiträgt. Gleichzeitig führen die verstärkte Durchblutung der Vagina (Vasokongestion) und die

reflektorische Kontraktion der Ligamente und des Afterhebemuskels (Musculus levator ani) zu einem Phänomen, das als Zelteffekt oder Tenting bezeichnet wird (s. Abb. 6). Dabei wird der obere Abschnitt der Vagina flexibler und weitet sich deutlich. Die Gebärmutter bewegt sich leicht nach oben in Richtung des Beckens, die Zervix wird ebenfalls angehoben und zieht sich ein Stück weit aus dem vaginalen Kanal zurück. Dadurch entsteht erheblich mehr Raum im oberen Teil der Vagina. Dieser Mechanismus erfüllt mehrere wichtige Funktionen: Das Tenting erleichtert nicht nur das Aufnehmen eines Penis oder anderer Objekte, sondern schützt gleichzeitig die Zervix vor mechanischer Beanspruchung und möglichen Verletzungen. Diese Schutzfunktion ist besonders wichtig, da die Zervix aufgrund ihrer reichen Innervation sehr sensibel auf Druck und Berührung reagieren kann. Darüber hinaus hat das Tenting auch reproduktive Funktionen: Durch das Anheben der Zervix wird der Eintritt der Spermien in den Zervixkanal zunächst verzögert. Diese Verzögerung verbessert die Kapazitation, ein biochemischer Prozess, bei dem die Spermien innerhalb des weiblichen Genitaltraktes bewegungs- und dadurch erst befruchtungsfähig gemacht werden (Levin, 2011; Salonia et al., 2010).

Es wird diskutiert, ob die beim Orgasmus ausgelösten Kontraktionen des Gebärmutterhalses und der Gebärmutter einen Ansaugmechanismus erzeugen, der den Spermientransport unterstützt (Levin, 2011; Pfaus, 2025). Darüber hinaus wird argumentiert, dass die Stimulation der Zervix zu einer verstärkten Prolaktinausschüttung aus der Hypophyse führen kann. Prolaktin stabilisiert die Progesteronausschüttung aus dem Gelbkörper, was möglicherweise als evolutionärer Mechanismus zur erfolgreichen Einnistung und frühen Plazentaentwicklung beitragen könnte (Pfaus et al., 2015).

2.1.3 Der direkte Draht zum zentralen Nervensystem

Die vegetative Versorgung der Zervix erfolgt über ein Netzwerk sympathischer und parasympathischer Nervenfasern, die eine feine Abstimmung der zervikalen Funktionen ermöglichen. Die sympathischen Fasern haben ihren Ursprung in den unteren Segmenten der Brustwirbelsäule (Th10 – Th12) und den oberen Segmenten der Lendenwirbelsäule (L1 – L2). Sie erreichen die Zervix über den oberen und unteren Zweig des hypogastrischen Nervenplexus im kleinen Becken. Diese sympathischen Fasern sind primär verantwortlich für die Modulation der glatten Muskulatur, die Verengung der Blutgefäße (Vasokonstriktion) und die Koordination unbewusster Reaktionen der inneren Organe auf verschiedene Reize (viszerale Reflexe). Die parasympathischen Fasern entstammen dem sakralen Rückenmark (S2 – S4) und verlaufen über die Beckennerven (Nervi splanchnici pelvici, auch als Nervus

pelvicus bezeichnet) zum hypogastrischen Nervengeflecht und weiter zur Zervix. Der Parasympathikus ist vorwiegend für anabole Prozesse zuständig: Er fördert die Durchblutung (Vasodilatation), stimuliert die Abgabe von Flüssigkeiten durch die Drüsen in der Zervixschleimhaut (sekretorische Aktivität) und unterstützt die lokale Durchblutung insbesondere unter Östrogeneinfluss. Diese vegetativen Nervenwege ermöglichen eine präzise, hormonabhängige Steuerung der Zervixfunktionen im Verlauf des Menstruationszyklus, während der Schwangerschaft und Geburt sowie bei sexueller Erregung.

Die bewusste Wahrnehmung von mechanischen Reizen wie Dehnung, Druck, Vibration oder Berührung erfolgt über spezialisierte somatosensorische Nervenfasern, die sensible Signale zum Gehirn weiterleiten (afferente Bahnen). Besonders dicht ist diese Innervation im unteren Bereich der Zervix und namentlich am Muttermund, der Bereich, der bei einer LEEP-Konisation primär betroffen ist. Die Reizweiterleitung geschieht hauptsächlich über den Pudendusnerv (Nervus pudendus), der seinen Ursprung in den sakralen Rückenmarkssegmenten S2 – S4 hat. Dieser Nerv ist auch für die bewusste Wahrnehmung anderer Teile des äußeren Genitals, des Damms und des Analbereichs zuständig und spielt damit eine zentrale Rolle in der genitalen Sensibilität (s. Abb. 7).

Der Vagusnerv (Nervus vagus) ist der zehnte Hirnnerv und zugleich der längste Nerv des parasympathischen Nervensystems. Seine Bezeichnung leitet sich vom lateinischen *vagari* (umherwandern) ab und spiegelt seinen außergewöhnlich weiten Verlauf durch den Körper wider. Er übernimmt zentrale Funktionen in der Regulation lebensnotwendiger Körperprozesse, die der Erholung, dem inneren Gleichgewicht und dem Gleichgewicht der Körperfunktionen dienen: Herzfrequenz, Verdauung, Atmung, Entzündungsreaktionen und hormonelle Steuerung. Seine anatomische Besonderheit liegt darin, dass er nicht über das Rückenmark, sondern direkt vom Hirnstamm ausgeht. Von dort zieht er sich entlang der Halsseiten bis in den Brustkorb und weiter durch den Bauchraum bis ins Becken. Dabei führt er sowohl efferente (motorische, absteigende) als auch afferente (sensorische, aufsteigende) Fasern und ermöglicht so eine bidirektionale Kommunikation zwischen dem zentralen Nervensystem und den inneren Organen (Collins et al., 1999).

Neben seiner physiologischen Relevanz für zahlreiche Organe ist der Vagusnerv eng mit dem limbischen System und der Verarbeitung emotionaler Zustände verbunden. Die Polyvagalthorie von Stephen Porges (2011) hebt seine zentrale Rolle bei der Regulation von Stress, Sicherheit und sozialem Kontakt hervor. Nach dieser Theorie ist ein gut

funktionierender Vagusnerv entscheidend für die Fähigkeit zu Entspannung, zur sozialen Interaktion und emotionalen Selbstregulation. Über die Verbindungen zum limbischen System kann der Vagusnerv direkt Einfluss auf das emotionale Erleben und das psychovegetative Gleichgewicht nehmen und damit mittelbar auch auf das sexuelle Erleben einwirken. Diese Verbindung zwischen körperlicher Regulierung und emotionalem Wohlbefinden macht ihn zu einem zentralen Akteur in der ganzheitlichen Gesundheit.

Neurowissenschaftliche Studien der vergangenen Jahrzehnte haben gezeigt, dass der Vagusnerv auch an der Innervation tiefer Beckenstrukturen beteiligt ist, darunter der Zervix, des Uterus und anderer reproduktiver Organe. Diese Innervation ist besonders bemerkenswert, weil sie außerhalb des Rückenmarks verläuft und damit eine direkte Verbindung zwischen den Beckenorganen und dem Gehirn herstellt. Diese anatomische Besonderheit erklärt klinische Beobachtungen: Frauen mit Rückenmarksverletzungen oberhalb des zwölften Brustwirbels (Th12) können weiterhin Gebärmutterkontraktionen und Bewegungen des Fötus wahrnehmen. Zudem können manche Frauen mit Querschnittslähmung durch zervikale Selbststimulation Orgasmen erleben, was ohne die direkte vagale Verbindung nicht erklärbar wäre (Komisaruk et al., 2004).

Neueste Forschungsergebnisse (Komisaruk & Rodriguez Del Cerro, 2022) zeigen, dass ein Orgasmus nicht nur durch neurale Erregung, sondern durch eine durch den Vagusnerv vermittelte dynamische Balance von Erregung und Hemmung entsteht. Störungen dieser Balance können sowohl zu Orgasmusstörungen als auch zu anhaltender genitaler Erregung (Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD) bzw. Genito–Pelvic Dysesthesia (GPD))² führen. Umgekehrt könnte ein gestörter oder geschädigter vagaler Hemmungsmechanismus ursächlich für Probleme bei Begehren, Erregung und Orgasmus sein.

Besonders relevant für die vorliegende Arbeit ist das Zusammenspiel von Zervix und Vagusnerv im Kontext von sexuellem Empfinden und potenziellen Traumafolgen nach der LEEP-Konisation. Werden durch den Eingriff die nervalen Strukturen verändert oder die psychophysiologische Integration gestört, könnte dies nicht nur die lokale Sensibilität beeinträchtigen, sondern auch die übergeordneten Regulationsmechanismen des Vagusnervs betreffen.

² PGAD und GPD sind durch eine anhaltende, unwillkürliche genitale Erregung gekennzeichnet, die als belastend erlebt wird und nicht mit sexuellem Begehren einhergeht (Goldstein et al., 2021). Die Ätiologie gilt als multifaktoriell und wird u. a. mit mechanischen Auslösern wie zervikalen Eingriffen in Verbindung gebracht.

2.2 Der Gebärmutterhals im sexuellen Erleben von cis-Frauen

2.2.1 Die Frage der zervikalen Sensibilität

Die Sensibilität der Zervix war in der sexualwissenschaftlichen Forschung lange umstritten. Eine zentrale Referenz ist das Werk *Sexual Response in the Human Female* von Alfred C. Kinsey (1953). Dort heißt es: „All of the clinical and experimental data show that the surface of the cervix is the most completely insensitive part of the female genital anatomy“ (Kinsey et al., 1953: 584). Diese Aussage basiert auf einem Experiment mit 878 Frauen, bei dem nur etwa 5 % eine leichte Berührung der Zervix mit gläsernen, metallischen oder watteumwickelten Sonden wahrnahmen (ebd. S. 577). Allerdings konnte ein Großteil der Teilnehmerinnen Druck auf die Zervix durch einen größeren Gegenstand spüren. Dieser Teilbefund wurde in Kinseys abschließender Bewertung jedoch nicht berücksichtigt. Seine Schlussfolgerung, die Zervix sei weitgehend unempfindlich, hat über Jahrzehnte die klinische Praxis und medizinische Lehrmeinung geprägt. Bis heute gehen Teile des Gesundheitswesens davon aus, dass die Zervix nicht sensibel innerviert sei (vgl. Goldstein & Komisaruk, 2020), obwohl viele Frauen das Einsetzen einer Spirale oder den PAP-Abstrich als schmerzhaft empfinden.

Indessen mehren sich seit den 1980er Jahren Hinweise auf eine komplexere sensorische Verschaltung der Zervix (Komisaruk & Whipple, 2005). Komisaruk et al. schlossen 2006 auf ein viertes Nervenpaar – den Vagusnerv –, das sensible Signale vom Genitaltrakt an das Gehirn weiterleitet (Komisaruk et al., 2006) (s. Abb. 8). Mithilfe funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) konnte Komisaruk 2011 nachweisen, dass Selbststimulation von Klitoris, Vagina und Zervix jeweils unterschiedliche, aber benachbarte Areale im somatosensorischen Kortex aktiviert und diese mit emotionalen Zentren vernetzt sind (Komisaruk, Wise et al., 2011) (s. Abb. 9). Die innervierenden Nervenfasern der Zervix enthalten zudem Botenstoffe wie Oxytocin, Acetylcholin, Serotonin und VIP (vasoaktives intestinales Peptid), die an genitaler Erregung, Bindung und sexuellem Lustempfinden beteiligt sind (Tommaso et al., 2016).

Ein systematisches Review von Giovannetti, Tomalty, Velikonja et al. (2023), das 16 Studien zur Innervation der Zervix auswertete, kommt zu dem Schluss, dass diese nicht nur sympathisch und parasympathisch, sondern auch sensibel innerviert ist und somit nicht als gefühllos gelten kann (s. Abb. 10). Die Autor*innen weisen jedoch darauf hin, dass die Studien die sensible Innervierung der Zervix und die Aktivierung des genitalen sensorischen Kortex

durch Stimulation der Zervix belegten, dass aber weiterhin Wissenslücken in Bezug auf eine physiologische Verbindung zwischen diesen beiden parallelen Evidenzsträngen bestünden (ebd.: 125).

Die neuroanatomische Konnektivität legt nahe, dass die Zervix nicht nur fühlen kann, sondern ein aktiver Teil des sexuellen Körpers ist. Das bedeutet jedoch nicht, dass jede Frau sie gleich erlebt. Ihre Relevanz für das sexuelle Erleben ist individuell sehr verschieden und wird durch psychosoziale Faktoren, Körperbewusstsein und Lernprozesse mitgeprägt.

2.2.2 Zervikale Lust in der Forschung und subjektives Erleben

Zur Rolle der Zervix im sexuellen Erleben von Frauen liegen bisher nur wenige evidenzbasierte Erkenntnisse vor und in medizinischen Kontexten wird ihr die Relevanz für das sexuelle Erleben oft abgesprochen.³ Dennoch zeigen verschiedene Studien, dass die Zervix bei manchen Frauen ein relevantes sexuelles Empfindungsfeld ist.

Ein frühes Review von Zussman et al. (1981) berichtet, dass 33 % bis 46 % der befragten Frauen nach einer Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken eine verminderte sexuelle Reaktion angeben und vermutet einen Zusammenhang mit dem Wegfall anatomischer Strukturen wie Gebärmutter und Zervix. Eine Studie von Kilkku et al. (1983) kam zu dem Ergebnis, dass eine supravaginale (zervix-erhaltende) Gebärmutterentfernung mit größerer Wahrscheinlichkeit die Orgasmusfähigkeit bewahrt als eine Total-OP. Ein Review von Komisaruk, Frangos und Whipple (2011), das 20 Studien zu Gebärmutterentfernungen aus nicht-onkologischen Gründen umfasst, kommt zu einer gemischten Bewertung: Häufig berichten Frauen nach dem Eingriff über eine Abnahme der Dyspareunie (Schmerzen beim vaginalen Aufnehmen), jedoch zeigen sich keine einheitlichen Veränderungen in Bezug auf Libido, Orgasmusfähigkeit oder sexuelle Aktivität. Die Autor*innen betonen allerdings, dass solche Ergebnisse nicht automatisch bedeuten, dass sich die Entfernung der Gebärmutter positiv auf das sexuelle Erleben auswirke. Vielmehr hänge die Wirkung vermutlich davon ab, welche Nerven durch den Eingriff geschädigt wurden, und davon, welche genitalen Stimulationszonen eine Frau bevorzugt. Diesen Zusammenhang vermutet auch die klinische Sexologin Bischof (2015: 698).

Neuere Daten aus einer qualitativen Interviewstudie von Giovannetti, Tomalty, Gilmore et al. (2023) liefern zusätzliche Hinweise auf die Relevanz der Zervix für das sexuelle

³ Eine Ausnahme stellt *Das große Gyn Buch* von Mangler et al. (2024) dar, das die Zervix auf der „Karte der Lust“ verzeichnet (s. Abb. 11).

Empfinden. Hier gaben 16,3 % der 307 befragten Frauen an, dass Zervixstimulation als „quite a bit“ bis „a lot“ lustvoll erlebt werde (ebd.: 51) (s. Abb. 12). Frauen einer Untergruppe, bei denen zervikale Eingriffe vorgenommen wurden, gaben signifikant mehr Beschwerden an: geringere Libido, reduzierte Erregung, verminderte Lubrikation sowie erhöhte Schmerzempfindung bei klitoraler und zervikaler Stimulation (s. Abb. 13). Die Autor*innen vermuten einen Zusammenhang zwischen der Zervix und dem sogenannten klitourethrovaginalen Komplex (vgl. Jannini et al., 2014). In einer Mixed-Methods-Studie von Weitkamp und Wehrli (2023) zu den unterschiedlichen Orgasmuserfahrungen von Frauen gaben 7,1 % der 513 befragten Frauen an, einen zervikalen Orgasmus zu erleben (s. Abb. 14).

In der Literatur werden Orgasmen, die durch spezifische genitale Areale ausgelöst werden, mit unterschiedlichen körperlichen und subjektiven Qualitäten beschrieben. Der klitoral ausgelöste Orgasmus wird häufiger als lokal begrenzt beschrieben, während vaginale Stimulation häufiger mit einem tiefer empfundenen, ganzkörperlich wahrgenommenen Orgasmuserleben assoziiert wird (Fugl-Meyer et al., 2006; King et al., 2011; Ladas et al., 2005). Der durch zervikale Stimulation ausgelöste Orgasmus wiederum wird in einigen Quellen als weniger körperlich verortbar, vielmehr als emotional oder spirituell beschrieben (Komisaruk et al., 2006; Nemati & Weitkamp, 2023). In diesem Zusammenhang ist etwa von einem „shower of stars“ (Komisaruk et al., 2006: 10) die Rede oder von einem „sense of unity with everything and a sense of the Divine“ (Nemati & Weitkamp, 2023: 13), sowie beruhigenden, erdenden Effekten auf die Psyche, bis hin zu erhöhten Bewusstseinszuständen, transzendenten Zuständen, temporärer Immobilisierung, Visionen und Empfindungen physikalischer Auflösung und Verschmelzung (ebd.).⁴ In einem Interview erläuterte der Neurowissenschaftler Komisaruk diese besonderen Qualitäten:

„Our visceral sensations, our feelings are very different from our somatic sensations, vision, hearing, touch, olfaction, taste. The internal sensations...we can't identify them as clearly...have a tremendous impact on our mood, on our emotions, coming through the vagus. It could be that cervical stimulation is stimulating the vagus and that is producing this altered state of consciousness...feeling like another dimension. It's an internal mood/feeling dimension. But it can't relate to any of the external senses, it's something different. Perceived as a different, unfamiliar dimension.“ (Nemati & Weitkamp, 2023: 14)

Neben diesen unterschiedlichen Qualitäten einzelner Stimulationen wird auch das Konzept des gemischten (blended) Orgasmus beschrieben, der durch die gleichzeitige oder

⁴ Vereinzelt (Bryant, 2016; Nemati & Weitkamp, 2023) wird die Hypothese geäußert, dass bei einem zervikal ausgelösten Orgasmus Dimethyltryptamin (DMT), ein stark halluzinogen wirkender Neurotransmitter, freigesetzt werden könnte. Dieser Zusammenhang ist bislang wissenschaftlich nicht belegt.

aufeinanderfolgende Stimulation verschiedener genitaler Areale ausgelöst wird (Weitkamp & Wehrli, 2023). Neurophysiologische Studien deuten darauf hin, dass durch kombinierte Stimulation mehrerer genitaler Komponenten (z. B. Klitoris, Vagina und Zervix) eine größere Aktivierung im somatosensorischen Kortex erfolgt als bei isolierter Stimulation einzelner Areale. Daraus wird geschlossen, dass gemischte Orgasmen intensiver, vielschichtiger und differenzierter erlebt werden könnten als solche, die auf ein einzelnes Stimulationsmuster zurückgehen (ebd.).

Neben lustvollen Erfahrungen berichten viele Frauen über Schmerzen bei zervikaler Berührung, insbesondere beim tiefen Aufnehmen. In einer Studie von Yong et al. (2017) gibt etwa ein Drittel der Frauen mit Dyspareunie eine erhöhte Druckempfindlichkeit im Bereich der Zervix und der Gebärmutter an. Als Ursachen werden unter anderem Endometriose, Myome, Fehlstellungen der Gebärmutter, Verwachsungen oder ein erhöhter Beckenbodentonus diskutiert (Orr et al., 2020). Die Lage der Zervix – eingebettet zwischen Blase, Rektum, Gebärmutter und Haltebändern – macht deutlich, dass Schmerz in diesem Bereich meist nicht monokausal erklärbar ist. Ein Beispiel für die Dynamik im Becken beim Aufnehmen eines Penis liefert eine Studie von Schultz et al. (1999), in der es erstmals gelang, mittels Magnetresonanztomographie (MRI) Bildmaterial eines heterosexuellen Paares beim vaginalen Koitus zu gewinnen. Die Bilder zeigen, wie stark sich die Beckenorgane beim Aufnehmen bewegen und dass die Mobilität dieser Strukturen entscheidend dafür ist, ob Druck als angenehm oder schmerzhaft erlebt wird (vgl. auch *Improbable Research Collection*, 2009).

Neurowissenschaftliche Studien wie die Übersichtsarbeit von Berkley (2005) zeigen, dass sensorische Signale aus verschiedenen Organen im zentralen Nervensystem konvergieren. Eine Schmerzsensibilisierung in einem Organ – etwa durch Endometriose – kann die Wahrnehmung in gesunden Strukturen beeinflussen. Dies erklärt, warum Frauen mit chronischen Beckenschmerzen häufig auch ohne nachweisbare Läsionen Beschwerden empfinden. Schmerzen beim Zervixkontakt sollten also im Zusammenhang neuronaler Verarbeitungsmechanismen gesehen werden. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, können auch hormonelle Schwankungen, zyklusabhängige Veränderungen und das Tenting die Empfindlichkeit beeinflussen. In der bislang vorliegenden Literatur finden sich jedoch nur wenige explizite Hinweise auf diese Zusammenhänge; ein Aspekt, der möglicherweise weiterer Forschung bedarf.

2.3 Zellveränderungen am Gebärmutterhals und die LEEP-Konisation

2.3.1 Entstehung durch das Humane Papillomavirus (HPV)

Seit den frühen 1980er Jahren ist belegt, dass dysplastische Veränderungen am Gebärmutterhals überwiegend durch das Humane Papillomavirus (HPV) verursacht werden (Mangler et al., 2024: 457 ff.). HPV-DNA wurde in 99,7 % aller invasiven Zervixkarzinome nachgewiesen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). HPV ist stark verbreitet und wird – meist sexuell – als Schmierinfektion übertragen. 70 – 80 % der Menschen infizieren sich im Laufe ihres Lebens mit HPV. Es gibt etwa 200 HPV-Typen, aber nur bestimmte sogenannte Hochrisiko-HPV-Typen (HR-HPV), die bei manchen Menschen langfristig zu bösartigen Veränderungen führen. Insbesondere die Typen 16 und 18 sind für etwa 70 % der Gebärmutterhalskrebserkrankungen verantwortlich. HPV befällt bestimmte Zellen auf den Schleimhäuten und der Haut. In der Zervix dringen die Viren in die oberflächlichen Zellen ein und können dort verbleiben. Hält sich das Virus über längere Zeit im Gewebe (persistierende Infektion) und handelt es sich um einen Hochrisikotyp, kann es die normalen Wachstumsprozesse der Zellen beeinflussen. Statt sich geordnet zu teilen und zu entwickeln, beginnen die Zellen, dysplastisch zu wachsen (ebd.) (s. Abb. 15).

In der Zervix entstehen Zellveränderungen besonders häufig in der Transformationszone. Da in diesem Bereich ständig Umbauprozesse (sogenannte Metaplasien) ablaufen, sind die Zellen hier besonders anfällig für HPV-Infektionen und die daraus resultierenden Dysplasien. Infolge der hormonell bedingten Verlagerung der Transformationszone sind Tumore bei Frauen im geschlechtsreifen Alter eher an der Portiooberfläche zu finden, bei Frauen im postmenopausalen Alter im Zervixkanal. HPV kann auch an Vagina, Vulva, Penis, Anus und Rachen Zellveränderungen und Entartungen verursachen. Weltweit ist das Zervixkarzinom die häufigste HPV-bedingte Krebserkrankung bei Frauen (Robert Koch-Institut, 2023).

2.3.2 Prävention, Diagnostik und Therapie

Die Primärprävention erfolgt durch die Impfung gegen die wichtigsten HPV-Typen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit 2007 die HPV-Impfung für Mädchen und seit 2018 auch für Jungen im Alter von 9 – 14 Jahren (Robert Koch-Institut, 2025). Zur Sekundärprävention dient das Früherkennungsprogramm, das auf den frühzeitigen Nachweis von HPV-Infektionen und zelluläre Veränderungen abzielt. Frauen ab 20 Jahren können

jährlich einen PAP-Abstrich⁵ machen lassen, Frauen ab 35 Jahren erhalten seit 2020 alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung mit PAP-Abstrich und HPV-Test (Henes et al., 2023). Die beim Abstrich gewonnenen Zellen werden nach dem PAP-System einer von fünf Befundgruppen zugeordnet (PAP1 – PAP5). Bei auffälligen Befunden erfolgt eine Kolposkopie⁶. Anschließend wird oft eine Biopsie⁷ durchgeführt, bei der die Zellveränderungen in drei CIN-Gruppen eingeteilt werden (CIN1 – CIN3)⁸. Zwischen diesen Erkrankungsstufen liegen meist Jahre bis Jahrzehnte (Hubald, 2020) (s. Abb. 16).

Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs werden oft im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entdeckt und in Deutschland nicht in zentralen Krebsregistern erfasst. In Dänemark, das aufgrund eines ähnlichen Screeningprogramms gut mit Deutschland vergleichbar ist, lag die altersstandardisierte Inzidenz⁹ von CIN3 im Jahr 2019 bei 131,2 von 100.000 Frauen (Ring et al., 2023: 1322). Die altersstandardisierte Inzidenz von Gebärmutterhalskrebs gibt das Robert Koch-Institut (2024) für 2022 mit 8,7 von 100.000 Frauen an, das entspricht 4.388 Neuerkrankungen. Im Jahr 2022 starben 1.413 Frauen an einem Zervixkarzinom. Gebärmutterhalskrebs wird am häufigsten im Alter von 40 bis 44 Jahren diagnostiziert, Vorstufen können bereits bei 20- bis 30-jährigen Frauen auftreten. Das mittlere Erkrankungsalter an einem invasiven Karzinom liegt bei 53 Jahren (ebd.). Das in situ-Karzinom (CIN3) wird meist zwischen 35 und 40 Jahren entdeckt (ebd.). Vor der Einführung des gesetzlichen Früherkennungsprogramms 1971 zählte das Zervixkarzinom in Deutschland zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen, inzwischen liegt es an elfter Stelle. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahlen durch die HPV-Impfung weiter zurückgehen werden (Wojcinski, 2021). Weltweit jedoch ist es die vierthäufigste Krebsart bei Frauen und hat nach Schätzungen der World Health Organization (2024) im Jahr 2022 fast 350.000 Frauen das Leben gekostet. Fast 94 % der Todesfälle traten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf (ebd.).

⁵ Der PAP-Abstrich ist eine zytologische Untersuchung, d. h. die beim Abstrich entnommenen Zellen werden analysiert. Dazu wird das Zellmaterial auf einem Objektträger fixiert, gefärbt und unter dem Mikroskop untersucht.

⁶ Die Kolposkopie ist die stark vergrößerte Betrachtung der Schleimhaut mit einem speziellen Lupeninstrument. Der Gebärmutterhals wird dabei mit Essigsäure betupft, wodurch sich veränderte Zellen weiß verfärben.

⁷ Die Biopsie ist eine histologische Untersuchung, d. h. die entnommene Gewebeprobe wird analysiert. Dazu wird das Gewebe gefärbt und unter dem Mikroskop untersucht.

⁸ Die Abkürzung CIN steht für Cervikale Intraepitheliale Neoplasie.

⁹ Die altersstandardisierte Inzidenz ist eine epidemiologische Kennzahl, die die Erkrankungshäufigkeit in einer Population unter Berücksichtigung der Altersstruktur angibt. Dadurch wird es möglich, Inzidenzen verschiedener Populationen oder Zeitpunkte unabhängig von Unterschieden in deren Altersstruktur miteinander zu vergleichen.

Die Therapie von Zellveränderungen am Gebärmutterhals strebt die Verhinderung der Entwicklung zu einem invasiven Karzinom an (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Die Wahl der Therapiemethode hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab: Dem Schweregrad der Dysplasie, dem Alter der Frau, einem Kinderwunsch, dem HPV-Typ sowie den diagnostischen Befunden (Lellé, 2011; Widschwendter, 2025). Die Entscheidung sollte partizipativ getroffen werden (vgl. Hahlweg et al., 2022). Grundsätzlich gibt es konservative (abwartende) und operative bzw. ablativ Therapieansätze (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Geringgradige Dysplasien (CIN1) bilden sich häufig spontan zurück und werden meist nur kontrolliert. Bei CIN2 wird vor allem bei Frauen unter 25 Jahren oft ein konservatives Vorgehen mit regelmäßigen Kontrollen empfohlen; bei CIN3 und AIS (Adenokarzinom in situ)¹⁰ wird zu einer Therapie geraten. Studien zeigen, dass das Risiko einer bösartigen Entwicklung bei bestimmten Personengruppen höher ist: Frauen über 35 Jahren, Raucherinnen und Anwenderinnen kombinierter oraler Kontrazeptiva haben ein erhöhtes Risiko (Plotti et al., 2022), ebenso immunsupprimierte Frauen (Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2012). Die Fähigkeit des Immunsystems, sich gegen HPV zu wehren, hat zudem genetische Komponenten, was zu familiären Häufungen von Gebärmutterhalskrebs führen kann (Mangler et al., 2024: 460).

2.3.3 Die LEEP-Konisation

Die häufigsten Therapieformen für Zervixdysplasien sind exzisionsbasierte Verfahren, bei denen das veränderte Gewebe kegelförmig herausgetrennt wird (Konisation) (s. Abb. 17). Am häufigsten wird der Eingriff mittels einer elektrisch erhitzbaren Schlinge durchgeführt. Dies wird als Schlingenexzision oder entsprechend dem englischen Sprachgebrauch als LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) oder LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone) bezeichnet (s. Abb. 18). Durch den Hochfrequenzstrom, der durch die Schlinge geleitet wird, werden die Blutgefäße gleichzeitig koaguliert. Anschließend wird der restliche Gebärmutterhalskanal ausgeschabt (Zervixkürettage). Weitere Verfahren sind die Laser- und die Messerkonisation. Die Exzision ermöglicht es, das entnommene Gewebe histologisch zwecks Diagnose und Prüfung der Resektionsränder¹¹ zu untersuchen. Ziel der Konisation ist die vollständige Entfernung der veränderten Zellen. Bei Frauen mit Kinderwunsch wird die Entfernung eines möglichst flachen Kegels angestrebt, um die

¹⁰ Das Adenokarzinom in situ ist eine Krebsvorstufe, bei der sich abnormale Zellen gebildet, aber noch nicht in umliegendes Gewebe ausgebreitet haben.

¹¹ Weisen die Ränder des entnommenen Gewebekegels noch Dysplasien auf, wird der Eingriff wiederholt.

Zervixfunktion für Schwangerschaften zu erhalten; nach der Menopause wird meist ein spitzerer Kegel entfernt (Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V., 2025; Hubald, 2020). Alle Eingriffe werden üblicherweise ambulant oder in einer Tagesklinik vorgenommen. Die Konisation ist der häufigste ambulante gynäkologische Eingriff in Deutschland (Heinzler et al., 2018). Sie wird jährlich bei ca. 56.000 Frauen durchgeführt, mit einem Häufigkeitsgipfel bei den 30- bis 34-Jährigen (Robert Koch-Institut, 2023).

Die Nachbetreuung nach einer Konisation ist darauf ausgelegt, den Behandlungserfolg zu überprüfen, mögliche Rezidive frühzeitig zu erkennen und bei der Bewältigung eventueller Behandlungsfolgen zu unterstützen. In Deutschland empfiehlt die aktuelle Leitlinie eine kombinierte Untersuchung aus HPV-Test und PAP-Abstrich (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Diese kombinierte Nachbetreuungsuntersuchung sollte sechs, zwölf und 24 Monate nach der Behandlung erfolgen. Liegen innerhalb von zwei Jahren drei negative kombinierte HPV-Test- und PAP-Ergebnisse vor, ist das Risiko für eine HPV-bedingte Tumorbildung gering und die Nachkontrolle wird beendet (ebd.).

Die am häufigsten auftretenden Komplikationen sind leichte Blutungen, die bis zu vier Wochen nach dem Eingriff anhalten können und medikamentös behandelt werden (Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V., 2025; Widschwendter, 2025). Selten treten Infektionen der Gebärmutter oder umliegender Organe auf. Noch seltener kann es während des Eingriffs zu Verletzungen der Vagina oder der Gebärmutter kommen. Die Entfernung von Zervixgewebe verkürzt den Gebärmutterhals um etwa 5 mm und kann auch die Haltebänder beschädigen, was die Zervix in einer folgenden Schwangerschaft schwächt. Je mehr Gewebe entfernt wird, desto größer ist das Risiko für Fehl- oder Frühgeburten. Das Risiko steigt zudem proportional zur Anzahl der durchgeführten Konisationen (Hubald, 2020). Durch Narbenbildung nach dem Eingriff kann es zu einer Verengung (Stenose) des Gebärmutterhalskanals kommen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Dies kann Menstruationsbeschwerden, einen Rückstau des Blutes (Hämatometra) oder Fruchtbarkeitsprobleme verursachen. Frauen über 50 Jahren haben ein dreifach erhöhtes Risiko für eine Zervixstenose, wobei die Verengung in einem weiteren Eingriff aufgedehnt werden kann (Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V., 2025). Auch die Menge oder Konsistenz des Zervixschleims kann durch die Konisation beeinflusst werden.

Die LEEP ist das am häufigsten angewandte Verfahren zur Behandlung von Zellveränderungen am Gebärmutterhals, sowohl in Deutschland als auch weltweit (Hillemanns et al., 2020; Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Die Gründe dafür sind vielfältig. Grundsätzlich

haben ablativ Verfahren den Nachteil, dass das Gewebe beim Eingriff zerstört wird. Eine Beurteilung des entnommenen Gewebes ist also nicht möglich (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). In Bezug auf die Wirksamkeit gilt die LEEP als vergleichbar mit anderen Exzisionsverfahren (ebd.). Die LEEP-Operation ist meist kürzer als die Messerkonisation und durch die gleichzeitige Schneide- und Koagulationsfunktion des elektrischen Stroms kommt es tendenziell zu weniger Blutverlust (Inna et al., 2010). Da in der Regel weniger Gewebe entfernt wird als bei der Messerkonisation, ist das Risiko für Komplikationen wie die Zervixstenose und insbesondere für Frühgeburten niedriger. Ein wesentlicher Vorteil der LEEP-Technik ist, dass sie leicht zu erlernen und durchzuführen ist (Rahman et al., 2017; Stasinou et al., 2012) und ambulant unter Lokalanästhesie erfolgen kann, sodass sie im Vergleich zu Eingriffen unter Vollnarkose potenziell kostengünstiger ist (Ooi et al., 2022). Diese Vorteile haben sie zum Standardverfahren für die flächendeckende Versorgung im klinischen Alltag gemacht.

Die Gesundheitswissenschaftlerin Ingrid Mühlhauser (Mühlhauser & Filz, 2008) kritisierte die Praxis des Zervixscreenings als von Überdiagnostik und -therapie geprägt. Die hohe Testfrequenz stehe in keinem klaren Verhältnis zum tatsächlichen Nutzen und Frauen würden oft nicht ausreichend über Risiken und Nutzen informiert. Außerdem fehle eine systematische Evaluation, strukturelle Interessen dominierten über patientinnenzentrierte Versorgung (ebd.). In einem Interview für das *Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit* führte sie aus:

„Konisationen werden unter Teil- oder Vollnarkose durchgeführt. Bei mindestens vier von 100 Eingriffen kommt es zu Komplikationen. (...) Welchen Einfluss der Eingriff auf die Fruchtbarkeit, das sexuelle Empfinden und die Lebensqualität der Frauen hat, ist wissenschaftlich noch nicht einmal untersucht worden. Ich finde, das ist ein Skandal.“ (Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit, 2012: 33)

Mit der 2020 eingeführten *S3-Leitlinie zur Prävention des Zervixkarzinoms* (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020) wurde das Screening überarbeitet: Frauen ab 35 erhalten seither alle drei Jahre eine kombinierte Untersuchung aus PAP-Abstrich und HPV-Test, begleitet von einem organisierten Einladungsverfahren. Ziel war eine bessere Balance zwischen Früherkennung, Vermeidung unnötiger Eingriffe und wissenschaftlich fundierten Abläufen (Henes et al., 2023; vgl. Stephan et al., 2022).

Doch die Studienlage zu den Auswirkungen der Konisation auf das sexuelle Erleben und die Lebensqualität von Frauen ist nach wie vor äußerst fragmentarisch. Diese Forschungslücke, insbesondere bezüglich der subjektiven Erfahrungen betroffener Frauen, bildet den Ausgangspunkt für die vorliegende qualitative Studie.

2.4 Sexuelles Erleben nach gynäkologischen Eingriffen: Ein integrativer theoretischer Rahmen

2.4.1 Biopsychosoziales Rahmenmodell sexueller Gesundheit

Sexuelle Gesundheit ist laut Definition der World Health Organization (2025) ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität, nicht jedoch lediglich die Abwesenheit von Störung oder Krankheit. Diese ganzheitliche Perspektive gerät im medizinischen Alltag häufig in den Hintergrund, obwohl gynäkologische Diagnosen und Interventionen tiefgreifende Auswirkungen auf das sexuelle Selbstbild, das körperliche Empfinden und das psychosoziale Gleichgewicht haben können (Bragagna, 2016; Cleary & Hegarty, 2011; Correia et al., 2020; Heinzler et al., 2018; Krebsinformationsdienst Deutsches Krebsforschungszentrum, 2024; Leitlinienprogramm Onkologie, 2021; Mishra et al., 2021; Pilger et al., 2012).

HPV-Infektionen sind nicht nur medizinisch relevant, sondern können, ähnlich wie andere sexuell übertragbare Krankheiten, auf individueller und gesellschaftlicher Ebene moralisch konnotiert sein und mit Stigmatisierung und Schuldzuschreibungen, insbesondere gegenüber Frauen, einhergehen (Daley et al., 2010; McCaffery et al., 2006; Morse et al., 2023). Studien zeigen, dass schon die Diagnose einer HPV-Infektion oder zervikaler Zellveränderungen bei vielen Frauen Angst, Scham, Schuldgefühle und eine Veränderung der sexuellen Beziehung auslöst (Aker et al., 2023; Bruno et al., 2024; Sikorska et al., 2023). Diese Reaktionen können durch mangelnde Information oder unzureichende Kommunikation verstärkt werden (Hellsten et al., 2008; Waller et al., 2007). Außerdem können körperliche Veränderungen – etwa im Bereich der Zervix – je nach bevorzugter Region sexueller Stimulation unterschiedlich starke Auswirkungen haben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, medizinische Eingriffe differenziert und individuell zu untersuchen.

Um die Auswirkungen einer LEEP-Konisation auf das sexuelle Erleben zu erfassen, bedarf es einer Sichtweise, die über die Kategorisierung *sexuelle Funktion/Dysfunktion* hinausgeht. Das Modell Sexocorporel bietet einen körperzentrierten Zugang zur Sexualberatung, der davon ausgeht, dass Körper und Gehirn eine untrennbare Einheit bilden (Bischof, 2020; Desjardins et al., 2024; Sztenc, 2020). In dieser Sichtweise hängt sexuelles Erleben nicht nur von anatomisch-funktionalen Voraussetzungen ab, sondern ebenso von der subjektiven Bedeutung in Bezug auf einen Körperbereich. Wird die Zervix vorwiegend im Kontext von Schmerz oder Krankheit erlebt, kann dies die sexuelle Wahrnehmung negativ prägen.

Umgekehrt kann ihre Integration in lustvolle und explorative Körpererfahrungen das Körperbild und die sexuelle Gesundheit stärken (Bischof, 2024). Viele Frauen haben aufgrund mangelnder sexueller Sozialisation wenig bewussten Zugang zur Zervix. Methoden wie die symptothermale¹² Verhütung oder der Gebrauch von Menstruationstassen, die mit aktiver Körpererkundung verbunden sind, könnten einen differenzierteren Bezug fördern. Das Modell Sexocorporel legt nahe, dass diese körperliche Aneignung auch Resilienz gegenüber medizinischen Eingriffen fördern kann.

Der von Bischof-Campbell (2012) verwendete Begriff des sexuellen Erlebens umfasst perzeptive, emotionale und kognitive Komponenten von der Empfindungsfähigkeit über die Qualität des Genusses bis zum Selbstbild als sexuelles Wesen. Eine LEEP-Konisation kann perzeptiv das Empfindungserleben verändern, emotional Scham oder Verunsicherung auslösen und kognitiv das sexuelle Selbstbild infrage stellen, etwa im Hinblick auf Fruchtbarkeit oder Weiblichkeit. Auch motorische Muster wie Muskelspannung oder Atemverhalten, die eng mit sexuellem Erleben verknüpft sind, können sich infolge von Schmerzen oder Unsicherheit verändern und das Genusserleben beeinflussen (Bischof, 2015, 2016, 2017; Bischof-Campbell, 2012). Diese Perspektive berücksichtigt sowohl physiologische, psychologische als auch symbolische Ebenen.

Ergänzend eröffnet das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (1997) eine Perspektive, die nicht auf Pathologie, sondern auf den Prozess der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit fokussiert (Bengel et al., 2009). Zentral ist das Kohärenzgefühl, bestehend aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Dieses lässt sich in Zusammenhang bringen mit den zuvor beschriebenen Konzepten: Der Prozess des Sensemaking – die aktive Zuschreibung von Bedeutung und die Integration von Erfahrungen – kann zur Dimension der Verstehbarkeit beitragen (Bosman et al., 2019; Park, 2010).

2.4.2 Traumasensible Perspektiven auf gynäkologische Eingriffe

Auch medizinische Eingriffe können, je nach Kontext und subjektivem Erleben, traumatische Spuren hinterlassen, insbesondere wenn sie als entwürdigend, plötzlich oder bedrohlich erlebt wurden (Büttner, 2018). Körpertherapeutische und traumasensible Ansätze wie

¹² Bei der symptothermalen Verhütung wird die in Kapitel 2.1.1 geschilderte Beobachtung des Zervixschleims mit der Messung der Basaltemperatur kombiniert. Durch die Kombination dieser beiden Methoden lassen sich fruchtbare und unfruchtbare Tage im Zyklus bestimmen.

Somatic Experiencing (Levine, 2010; vgl. auch Rahm & Meggyesy, 2024), die Arbeiten von Bessel van der Kolk (2017) und die Polyvagaltheorie (Porges, 2011) bieten ein Verständnis dafür, wie der Körper auf überwältigende Erfahrungen reagieren kann: durch Übererregung, Rückzug, Erstarrung oder Dissoziation, was sich jeweils auch in der Sexualität niederschlagen kann.

Traumasensible Ansätze betonen die Bedeutung von körperlicher Integration, Handlungsspielraum und Sicherheit als Voraussetzungen für Heilung (Huber, 2020). Wird die Zervix – ein Bereich mit hoher symbolischer und sensibler Bedeutung – durch eine nicht integrierte Erfahrung mit Scham oder Schmerz assoziiert, kann sich dies unabhängig von objektiven Gewebeveränderungen tiefgreifend auf das sexuelle Erleben auswirken. Die Einbindung traumasensibler Perspektiven in die Sexualberatung kann daher helfen, unbewusste Schutzreaktionen zu erkennen und neue Zugänge zur Körperwahrnehmung zu eröffnen (s. Bischof, 2018).

Ein traumasensibler Blick auf das sexuelle Erleben nach gynäkologischen Eingriffen erscheint auch deshalb zentral, weil traumatische Erfahrungen nicht nur die subjektive Verarbeitung medizinischer Maßnahmen beeinflussen, sondern auch mit objektiven gesundheitlichen Risiken korrelieren. Eine US-amerikanische Studie mit 4.700 Frauen konnte zeigen, dass Gewalterfahrungen mit einem signifikant erhöhten Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen, persistierende HPV-Infektionen und invasiven Gebärmutterhalskrebs verbunden sind (Coker et al., 2009) (s. Abb. 19). Die Prävalenz dieser Erkrankungen stieg dabei mit der Anzahl unterschiedlicher erlebter Gewaltformen an (ebd.; vgl. Büttner, 2020a) (s. Abb. 20, Abb. 21).

Die Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und erhöhten HPV-bedingten Erkrankungsrisiken lassen sich nicht allein durch ein höheres Infektionsrisiko mit sexuell übertragbaren Krankheiten oder starken Tabakkonsum erklären. Vielmehr spielen auch immunologische Mechanismen eine zentrale Rolle: Chronischer Stress und Traumafolgen können die Immunfunktion nachhaltig beeinträchtigen und dadurch die Fähigkeit des Körpers reduzieren, HPV-Infektionen erfolgreich zu bekämpfen (ebd.). Diese psychoneuroimmunologischen Zusammenhänge verdeutlichen erneut die enge Verknüpfung zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Gesundheitsrisiken. Das autonome Nervensystem und die

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse)¹³ fungieren dabei als zentrale Vermittlungsinstanzen zwischen traumatischen Erfahrungen und immunologischen Veränderungen (vgl. Beier & Pauls, 2021).

Die skizzierten Zusammenhänge legen nahe, dass biografische Belastungsfaktoren stärker in präventivmedizinische und therapeutische Überlegungen einbezogen werden sollten. Die S3-Leitlinie zur Prävention des Zervixkarzinoms nennt Gewalterfahrungen bislang nicht als Risikofaktor (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020: 38). Diese Leerstelle ist angesichts der Datenlage und ihrer potenziellen Bedeutung für die Versorgungssensibilität kritisch zu reflektieren.

Zentrale Faktoren für den gelingenden Verarbeitungsprozess eines gynäkologischen Eingriffs sind Kommunikation, Transparenz und Partizipation. Studien zeigen, dass Frauen – unabhängig vom tatsächlichen medizinischen Risiko – nach der Diagnose zervikaler Veränderungen oft mit Ängsten, Schuldgefühlen und Unsicherheiten konfrontiert sind (Campion et al., 1988; Cendejas et al., 2015; Daley et al., 2010; Frederiksen et al., 2015; Jentschke et al., 2020; Serati et al., 2010; Sikorska et al., 2023). Gleichzeitig wünschen sich Frauen klare Informationen zu Befund, Prognose und Therapieverfahren, erhalten diese aber häufig nicht (Gath et al., 1995; Lee Mortensen & Adeler, 2010; Wang et al., 2024). Unsicherheit und Missverständnisse verstärken die Ängste und psychischen Belastungen (Heinzler et al., 2018; Hubald, 2020). Die Möglichkeit, Bedenken zu äußern und Informationen zu erhalten, kann das Wohlbefinden dagegen deutlich verbessern (Giovannetti, Tomalty, Greco et al., 2023).

Auch ein offener Umgang mit Sexualität ist im medizinischen Setting selten, obwohl viele Patientinnen sich explizit wünschen, dazu befragt zu werden (Giovannetti, Tomalty, Gilmore et al., 2023; Hartmann, 2016; Vilkkama, 2024). Neben fachlicher Unsicherheit¹⁴ erschweren kulturelle Tabus und gesellschaftliche Vorstellungen von weiblicher Sexualität das Gespräch (Kingsberg et al., 2019). Eine sexualfreundliche Sprache, ausreichende Information und die Möglichkeit zur Mitgestaltung des Eingriffs können entscheidend dazu beitragen, dass eine gynäkologische Behandlung nicht übergriffig, sondern kontrollierbar und integrierbar erlebt

¹³ Die HPA-Achse ist ein neuroendokrines System, das die Stressreaktion des Körpers reguliert. Es handelt sich um eine hormonelle Rückkopplungsschleife, die den Hypothalamus, die Hypophyse (Hirnanhangdrüse) und die Nebennierenrinde miteinander verbindet.

¹⁴ The International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) hat einen Vorschlag für eine vierstufige Vorgehensweise gemacht, mit der in der Klinik sexuelle Probleme von Frauen erkannt werden können (Parish et al., 2019).

wird (Hoy et al., 2021; Pramataroff-Hamburger, 2018; Rasmusson & Thomé, 2008). Seit 2023 gibt es in Deutschland einen Leitfaden für den „*Respektvollen Umgang mit Patientinnen in Praxis und Klinik in der Gynäkologie und Geburtshilfe*“ (DGGG e. V., BVF e. V., 2023), der die große Bedeutung von Vor- und Nachgesprächen, Aufklärung, Zustimmung und einer angenehmen Untersuchungsumgebung betont.

2.4.3 Das autonome Nervensystem als neurobiologische Brücke

In der medizinischen Forschung zu gynäkologischen Eingriffen werden physische und psychische Auswirkungen häufig wie voneinander getrennte Phänomene betrachtet. Dies zeigt sich exemplarisch an der Forschung zur Gebärmutterentfernung: Jahrzehntlang wurden negative Auswirkungen auf die Sexualität ausschließlich als psychogen erklärt, bis neuere Studien anatomische und nervale Faktoren in den Blick nahmen (Komisaruk, Frangos et al., 2011; Zussman et al., 1981). Diese Dichotomisierung ist charakteristisch für die Medizingeschichte der Frauengesundheit, in der körperliche Beschwerden oft als hysterisch oder eingebildet pathologisiert wurden (vgl. Cleghorn, 2022). Besonders im Bereich der Sexualität führt dies dazu, dass psychosomatische Zusammenhänge übersehen oder einseitig interpretiert werden.

Die in Kapitel 2.1.3 dargestellte nervale Versorgung der Zervix – insbesondere die Verbindung über den Vagusnerv zum limbischen System – verdeutlicht jedoch, dass die Trennung „körperlich“ und „psychisch“ nur theoretisch existiert. Das autonome Nervensystem mit seinen sympathischen und parasympathischen Anteilen bildet eine neurobiologische Brücke zwischen somatischen Prozessen und emotionalem Erleben. Die Polyvagaltheorie illustriert dies beispielhaft (vgl. auch Ackermann, 2024): Sie verdeutlicht, wie vagale Regulation sowohl körperliche Funktionen (Herzfrequenz, Verdauung) als auch psychische Zustände (Sicherheit, Verbundenheit) beeinflusst. Eine Störung dieser Regulation durch medizinische Eingriffe kann sich daher sowohl körperlich (veränderte Sensibilität) als auch psychisch (Angst, Verlust der Verbindung zum eigenen Körper) manifestieren, ohne dass diese Ebenen trennbar sind. Diese Ebenen beeinflussen wiederum die Sexualität, da sie eng mit den Prozessen im autonomen Nervensystem verknüpft ist (vgl. Bischof, 2018). Die neurobiologische Perspektive wird durch das Konzept der Neuroplastizität erweitert: Die Fähigkeit des Nervensystems, sich durch Erfahrungen zu verändern und neue neuronale Verbindungen zu bilden, bildet die Grundlage dafür, dass sexuelles Erleben ein Leben lang lernbar und veränderbar bleibt (Bear et al., 2020: 700 ff.; Kilgard & Merzenich, 1998). Gerade nach medizinischen Eingriffen können durch bewusste Körpererfahrungen und achtsamkeitsbasierte

Ansätze neue neuronale Pfade etabliert werden, die alternative Wege zu sexuellem Genuss eröffnen (vgl. Bischof, 2015).

Das sexuelle Erleben nach gynäkologischen Eingriffen ist nicht auf eine medizinische Perspektive reduzierbar. Vielmehr erfordert es einen integrativen Zugang, der körperliche, psychische und soziale Aspekte ebenso berücksichtigt wie narrative und sinnstiftende Prozesse. Die in diesem Kapitel vorgestellten Konzepte spannen einen theoretischen Rahmen auf, der es ermöglicht, den Blick sowohl auf die Vulnerabilität als auch auf das Potenzial sexuellen Erlebens zu richten und dazu einlädt, die künstliche Trennung zwischen körperlichen und psychischen Dimensionen zu überwinden. Diese theoretischen Überlegungen bilden die Grundlage für die folgende qualitative Untersuchung, die das sexuelle Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP-Konisation exploriert.

2.5 Forschungsstand und Forschungslücke

2.5.1 Stand der Forschung zur Sexualität nach LEEP-Konisation

Die vorhandenen Studien zu den Auswirkungen der LEEP-Konisation auf die Sexualität kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Das systematische Review *The Impact of HPV Diagnosis and the Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) on Mental Health and Sexual Functioning* von Sikorska et al. (2023) analysierte 60 Studien mit insgesamt 32.476 Teilnehmerinnen, fand jedoch nur zehn Studien spezifisch zu LEEP-Eingriffen mit deutlich geringeren Teilnehmerinnenzahlen. Von diesen berichteten sechs Studien über keinen negativen Einfluss auf die sexuellen Funktionen und vier über einen solchen Zusammenhang (s. Abb. 22). Ein Review von Litman und Cigna (2022), das neun Studien auswertete, kam zu einem ähnlichen Ergebnis; aus dem deutschsprachigen Raum liegen nur zwei Studien vor (Heinzler et al., 2018; Hubald, 2020). Dies ist insofern problematisch, als sich Screeningprogramme, medizinische Rahmenbedingungen und Aufklärungspraxis zwischen den Ländern erheblich unterscheiden, auch wenn der operative Eingriff selbst identisch ist. Eine Übertragbarkeit internationaler Befunde auf die deutsche Versorgungsrealität ist daher nur begrenzt möglich.

Die Widersprüchlichkeit der Studienergebnisse zeigt sich in allen Bereichen der Sexualität: Während mehrere Studien eine signifikante Abnahme des sexuellen Verlangens und der Erregungsfähigkeit feststellen, berichten andere über keine oder umgekehrt positive Veränderungen. Ähnlich uneinheitlich sind die Befunde zu Lubrikation, Orgasmusfähigkeit und

Dyspareunie. Bemerkenswert ist der Kontrast zur HPV-Diagnose: Während 93 % der Studien negative Auswirkungen einer HPV-Diagnose auf Angst und depressive Symptome bestätigen und 87 % negative Effekte auf die Sexualfunktion finden, zeigen nur 40 % der Studien zu LEEP-Eingriffen negative sexuelle Auswirkungen (Sikorska et al., 2023). Nach einer aktuellen Studie berichteten 80 % der 40 Teilnehmerinnen nach dem Eingriff eine unveränderte oder bessere Sexualfunktion (Suchońska et al., 2025). Die meisten Studien stimmen jedoch hinsichtlich der Bedeutung psychischer Faktoren überein: Angst, Sorgen um das Körperbild und die Partnerschaft werden als Hauptursachen für Veränderungen der Sexualfunktion identifiziert, wobei psychische Effekte oft als stärker eingeschätzt werden als die physischen Auswirkungen des Eingriffs.

Die Anwendung in den Sozialwissenschaften etablierter qualitativer Methoden ist in der Erforschung sexueller Auswirkungen der LEEP-Konisation noch selten, obwohl die Forschungsteams interdisziplinär zusammengesetzt sind: Die Studien stammen aus den Überschneidungsbereichen von Gynäkologie (insbesondere gynäkologische Onkologie), Psychiatrie, Psychologie und Sexualmedizin. Das methodische Problem liegt somit nicht in mangelnder interdisziplinärer Zusammenarbeit, sondern in der Präferenz für quantitative Ansätze. Wegweisend ist hier die Studie von Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023). Das kanadisch-amerikanische Team befragte 60 Patientinnen sowie 18 behandelnde Ärzt*innen in semistrukturierten Interviews und kombinierte diese mit standardisierten Fragebögen. Methodisch ungewöhnlich war auch die Fokussierung auf Frauen, bei denen die LEEP-Konisation negative Folgen für die Sexualität hatte. Diese explorative Herangehensweise erscheint methodisch sinnvoll: Erst wenn durch qualitative Forschung die relevanten Aspekte und Dimensionen eines Phänomens verstanden sind, kann quantitative Forschung sinnvoll zur Messung von Häufigkeit und Zusammenhängen eingesetzt werden. Durch diese Fokussierung konnte erstmals ein detailliertes Symptomprofil beschrieben werden, das in seiner Spezifität weit über die Kategorien standardisierter Fragebögen hinausgeht:

- Veränderte zervikale Sensibilität: Schmerz, Taubheitsgefühl oder kompletter Sensibilitätsverlust;
- systemische Auswirkungen: Veränderungen auch an Vagina und Klitoris, nicht nur an der Zervix;
- qualitative Orgasmusveränderungen: Besonders aufschlussreich sind Beschreibungen wie „muted“, „anticlimactic“ oder „empty“ (ebd.: 985). Eine Teilnehmerin

beschrieb Muskelkontraktionen, aber keine emotionale Befriedigung (ebd.), eine andere „a hole in the middle of my orgasm“ (ebd: 981);

- veränderte Lubrikation: nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Veränderungen von Geruch, Textur und Konsistenz des Ausflusses;
- Verlust des Kribbelns: sowohl körperlicher als auch mentaler Verlust des Verlangens und der Erregungsfähigkeit;
- Auswirkungen auf Lebensqualität und Partnerschaft: depressive Verstimmungen und erhebliche Belastungen der Beziehungen.

Zudem deckte die Studie eine erhebliche Kommunikationslücke auf: 84 % der Teilnehmerinnen galten nach FSFI als sexuell dysfunktional, gleichwohl thematisierten die meisten Ärzt*innen sexuelle Risiken routinemäßig nicht. Viele Behandelnde konnten sich anatomisch nicht vorstellen, wie der Eingriff sexuelle Probleme verursachen könnte. Besonders bedeutsam ist der Befund, dass Frauen Unterstützung und Validation in Online-Selbsthilfegruppen suchten, nachdem das medizinische System ihnen nicht geholfen hatte. Dies zeigt den Bedarf an alternativen Unterstützungsstrukturen.

2.5.2 Forschungslücke und Beitrag der eigenen Studie

Die dargestellte Forschungslage offenbart erhebliche Lücken in der Erforschung der Auswirkungen einer LEEP-Konisation auf das sexuelle Erleben von cis-Frauen. Trotz der hohen Prävalenz des Eingriffs und seiner potenziellen Auswirkungen auf ein so zentrales Lebensfeld wie die Sexualität ist die Studienlage rudimentär. Die widersprüchlichen Ergebnisse werfen die Frage auf, worin diese Heterogenität begründet sein könnte. Eine kritische Analyse der Studiendesigns offenbart methodische Limitationen, die für das Verständnis der Forschungslücke zentral sind.

Kritisch zu sehen sind zum einen die Zeitpunkte der Befragung. Quantitative Studien mit längeren Beobachtungszeiträumen deuten darauf hin, dass negative Auswirkungen vorübergehend sein könnten (Bartnik et al., 2025; Hubald, 2020). Auch die qualitative Studie von Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023) zeigt, dass der Verarbeitungsprozess nach einem Jahr oft noch nicht abgeschlossen ist. Studien mit kurzen Follow-up-Perioden erfassen also möglicherweise einen noch im Wandel befindlichen Zustand. Andererseits können Befragungen direkt vor dem Eingriff die präoperativen Werte durch Angst vor dem Eingriff verfälschen. Spätere Verbesserungen wären dann lediglich als Rückkehr zum Ausgangszustand vor der akuten Belastungsphase zu werten (Hubald, 2020).

Zudem arbeiten die vorliegenden Studien mehrheitlich quantitativ mit standardisierten Fragebögen, insbesondere dem Female Sexual Function Index (FSFI) oder dem Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W). Der FSFI erfasst Phänomene wie Verlangen, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Zufriedenheit und Schmerz undifferenziert. Diese Kategorisierung wird jedoch der Komplexität sexuellen Erlebens nicht gerecht. Kritisiert wird insofern unter anderem das veraltete funktionsorientierte Verständnis von Sexualität, das emotionale und sinnliche Aspekte vernachlässigt (Meyer-Bahlburg und Dolezal, 2007; Baser, Li and Carter, 2012; Hubald, 2020: 68). Zudem setzen viele Fragen heterosexuellen Geschlechtsverkehr voraus und erfassen nicht die Vielfalt sexueller Orientierungen und Praktiken (ebd.). Auch ist die Aussagekraft von Orgasmus ja/nein in Bezug auf eine Veränderung der Qualität des sexuellen Erlebens gering. Da bislang wenig über die Bedeutung der Zervix für das sexuelle Erleben bekannt ist, erfassen diese Fragebögen zervixspezifische Veränderungen möglicherweise nicht. Sie beschränken sich vielmehr auf die Erhebung dessen, was bereits bewusst/bekannt ist. Auch die Disparität, dass 87% der Studien zu HPV, aber nur 40% der Studien zur LEEP-Konisation negative Effekte auf die Sexualität feststellen (Sikorska et al., 2023), könnte darauf hindeuten, dass bei der Forschung zu LEEP-Konisationen relevante Aspekte nicht erfasst wurden.

Die Studie von Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023) demonstriert, dass validierte Fragebögen allein nicht ausreichen, um das Spektrum möglicher Auswirkungen zu erfassen. Offene, strukturierte Gespräche sind notwendig, um das Erleben der Frauen und Phänomene sichtbar zu machen, die standardisierte Instrumente nicht erfassen. Die methodische Begrenztheit der bisherigen Forschung verdeutlicht die Notwendigkeit eines paradigmatischen Wandels von funktions- hin zu erlebensorientierter Sexualforschung. Nur durch qualitative Ansätze können die komplexen, individuellen und oft subtilen Veränderungen erfasst werden, die Frauen nach einer LEEP-Konisation erleben.

Daher folgt diese Arbeit methodisch der von Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023) eingeschlagenen Richtung und wendet eine explorative, qualitative Methodik auf den deutschen Kontext an. Dabei werden die in der theoretischen Fundierung entwickelten Erkenntnisse aufgegriffen: Die Zervix ist eine Struktur mit multipler Innervation einschließlich einer direkten Verbindung zum Vagusnerv. Trifft es zu, dass Frauen über unterschiedliche sensorische Mechanismen der Erregung verfügen (Bischof-Campbell, 2012) und ist die Zervix die einzige genitale Struktur mit vagaler Innervation, dann ist es möglich, dass zervikale

Stimulation dem sexuellen Erleben eine spezifische Komponente hinzufügt. Da sich jedoch nicht alle Frauen alle verfügbaren sensorischen Mechanismen aneignen und das sexuelle Erleben individuell durch zahlreiche Faktoren geprägt wird, ist zu erwarten, dass große Unterschiede in Bezug auf das Erleben der Sexualität nach einer LEEP-Konisation bestehen. Durch semistrukturierte Interviews mit cis-Frauen, die eine LEEP-Konisation vornehmen ließen, sollen die subjektiven Erfahrungen und Bewältigungsstrategien erforscht werden, die in standardisierten Fragebögen nicht erfasst werden können.

Aus den Ergebnissen sollen konkrete Handlungsempfehlungen für die Sexualberatung abgeleitet werden. Dabei steht nicht die Pathologisierung von Veränderungen im Vordergrund, sondern ein ressourcenorientierter Ansatz, der cis-Frauen dabei unterstützt, einen neuen, lustvollen Zugang zu ihrer Sexualität zu finden. Die Arbeit will dazu beitragen, die in der Frauenmedizin lange vorherrschende Dichotomie zwischen körperlichen und psychischen Ursachen zu überwinden und stattdessen die fundamentale Verschränkung neurobiologischer, psychischer und sozialer Prozesse zeigen.

3 Studie und Methodik

Die identifizierten Forschungslücken und die Komplexität sexuellen Erlebens nach gynäkologischen Eingriffen erfordern einen qualitativen Forschungsansatz, der die subjektiven Erfahrungen und Deutungsmuster betroffener cis-Frauen erfasst. Das folgende Kapitel stellt die methodische Herangehensweise der vorliegenden Studie systematisch dar: Die Begründung zur Methodologie und das Studiendesign verdeutlichen, warum semistrukturierte Interviews gewählt und wie der Interviewleitfaden entwickelt wurde (3.1). Die praktische Durchführung der Studie umfasst die Rekrutierung des Samples, die Datenerhebung sowie die ethischen Überlegungen, die bei der Arbeit zentral waren (3.2). Abschließend werden die Auswertungsstrategie mittels qualitativer Inhaltsanalyse und die Gütekriterien dargestellt, die die Qualität und Nachvollziehbarkeit der Interpretation gewährleisten sollen (3.3).

3.1 Methodologie und Studiendesign

Kommt die bisherige Forschung zu widersprüchlichen Ergebnissen, könnte dies darin begründet sein, dass die verwendeten Instrumente nicht die relevanten Dimensionen erfassen. Wie Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023) zeigen konnten, werden durch offene, qualitative Gespräche Phänomene sichtbar, die in standardisierten Fragebögen nicht vorgesehen sind. Dies betrifft Aspekte von qualitativen Orgasmusveränderungen bis hin zu systemischen Auswirkungen auf das gesamte genitale Erleben. Die neuroanatomische Komplexität der Zervix, insbesondere ihre vagale Innervation und die daraus resultierende Verbindung zu limbischen Strukturen, legt nahe, dass Veränderungen nach einem Eingriff subtil und hochindividuell sein können. Diese Nuancen erfordern eine Forschungsmethodik, die auch Unerwartetes erfassen kann und die subjektive Bedeutungsgebung der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt. Qualitative Interviews ermöglichen es den cis-Frauen in diesem Sinne, ihre Erfahrungen in eigenen Worten zu artikulieren und subjektive Bedeutungen zu explizieren. Diese Herangehensweise korrespondiert mit den Prinzipien des Modells Sexocorporel sowie den Ansätzen von Salutogenese und traumasensibler Arbeit, die die zentrale Bedeutung von Sinnstiftung, Handlungsoptionen und subjektiver Bedeutung betonen.

Zur Datenerhebung wurden semistrukturierte Interviews mit cis-Frauen durchgeführt, die sich einer LEEP-Konisation unterzogen haben. Diese Methodenwahl eignet sich für das klar umrissene und gleichzeitig sensible und individuell variable Forschungsthema, da die Leitfragen in ihrer Relevanz dem Erzählfluss der Interviewten untergeordnet sind (vgl. Döring & Bortz, 2016: 358 f.; Helfferich, 2011: 180 f.). Der als Erhebungsinstrument entwickelte

Interviewleitfaden orientiert sich an der zentralen Forschungsfrage und integriert sowohl theoretische Erkenntnisse als auch empirische Befunde der wegweisenden Arbeit von Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023). Diese methodische Balance entspricht dem explorativen Charakter der Studie und dem Ziel, sowohl bekannte als auch bislang unentdeckte Aspekte zu erfassen.

Der Interviewleitfaden wurde in einem iterativen Prozess entwickelt und durch einen Pre-Test validiert. Dabei zeigte sich, dass zu eng formulierte Fragen keinen ausreichenden Erzählimpuls auslösten. Der Leitfaden wurde daher zugunsten größerer Offenheit und narrativer Breite überarbeitet, um das authentische Erleben der cis-Frauen möglichst unverzerrt erfassen zu können. Die finale Version des Leitfadens folgt einer chronologischen Struktur, die sich an der natürlichen Erzähllogik orientiert: Vorgeschichte und Entscheidung für den Eingriff → Bedeutung des Gebärmutterhalses vor dem Eingriff → Sexualität vor dem Eingriff → Erleben des Eingriffs → Sexualität nach dem Eingriff → psychische und soziale Aspekte → Umgang im medizinischen System → Rückblick und Zusammenfassung (s. Anhang 5). Diese Sequenzierung ermöglicht eine kohärente Erzählweise und reduziert das Risiko fragmentierter oder emotional überwältigender Darstellungen.

3.2 Durchführung der Studie: Rekrutierung, Sample, Erhebung und Forschungsethik

Die Rekrutierung geeigneter Interviewpartnerinnen erfolgte multidimensional über berufliche Newsletter, soziale Medien (Instagram, Facebook), berufliche Netzwerke sowie spezialisierte Online-Communities (s. Anhang 2). Mit Blick auf die Nähe zur eigenen Berufspraxis als traumasensible Sexualberaterin und die daraus erwachsene ethische Verantwortung wurden zur Vermeidung von Rollenkonflikten keine eigenen Klientinnen als Interviewpartnerinnen einbezogen. Der Prozess der Rekrutierung erwies sich als herausfordernd. Die zunächst geplante Eingrenzung auf ein bestimmtes, den Häufigkeitsgipfel der Konisation bei 30- bis 34-Jährigen abbildendes Alterssegment (20 – 44 Jahre) und einen maximalen zeitlichen Abstand zum Eingriff (drei Jahre) musste aufgegeben werden, um überhaupt ein auswertbares Sample zu generieren. Hinzu kam, dass viele Interessentinnen nicht mehr antworteten, als es um die konkrete Terminvereinbarung ging.

Schließlich erklärten sich sieben cis-Frauen zur Teilnahme bereit, von denen eine für den Pre-Test einbezogen wurde. Eine genauere Charakterisierung des Samples findet sich in Kapitel 4.1. Die Interviews wurden im Juni 2025 per Videokonferenz mit dem Dienst

RedConnect durchgeführt. Die Gesprächslänge betrug zwischen 38 und 63 Minuten, wobei die Dauer von der individuellen Erzählbereitschaft und Betroffenheit abhing.

Die Teilnahme erfolgte auf der Grundlage einer umfassenden informierten Einwilligung, die sowohl schriftlich dokumentiert als auch zu Beginn jedes Interviews mündlich bestätigt wurde (s. Anhang 4). Das Informationsblatt wurde in Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten der Hochschule entwickelt (s. Anhang 3). Die Audioaufzeichnung erfolgte ausschließlich mit expliziter Zustimmung; alle Teilnehmerinnen wurden über ihre jederzeitigen Widerrufsrechte informiert. Die Interviewerin begab sich bewusst in eine forschende, nicht-therapeutische Rolle und kommunizierte diese Abgrenzung transparent. Jedes Interview begann mit einer ausführlichen Aufklärung über den Studienverlauf und die Verwendung der Daten und der Abfrage soziodemografischer Eckdaten. Eine Eröffnungsfrage sollte sodann das Erzählen initiieren. Da das Gespräch über sexuelle Veränderungen und medizinische Eingriffe retraumatisierend wirken kann, wurde großer Wert auf eine stabilisierende Gesprächsführung gelegt. Jedes Interview endete mit aktiven Fragen nach dem Befinden; der adäquaten Reaktion auf etwa auftretende emotionale Belastungen dienten vorbereitete Informationen über geeignete Unterstützungsangebote.

Die Aufnahmen wurden mithilfe einer Software transkribiert und von der Autorin, angelehnt an die Standards von *Kuckartz*, redigiert (Kuckartz & Rädiker, 2020). Pausen wurden durch in runde Klammern gesetzte Auslassungspunkte markiert, emotionale Regungen werden ebenfalls in runden Klammern erfasst, da sie für das Verständnis der subjektiven Bedeutungen relevant sind (Transkriptionsregeln s. Anhang 6). Die erhobenen Daten wurden pseudonymisiert. Eine vollständige Anonymisierung ist aufgrund der notwendigen biografischen Kontextinformationen nicht möglich. Die zeitlich begrenzte Speicherung erfolgt lokal auf passwortgeschützten und verschlüsselten Datenträgern ohne cloudbasierte Dienste und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke.

3.3 Datenauswertung und Gütekriterien

Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgte auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach *Kuckartz* (Kuckartz & Rädiker, 2020), ergänzt durch Elemente der Methodologie nach Mayring (2015), die sich besonders für die systematische Bearbeitung umfangreichen Textmaterials eignet. Die inhaltliche Erschließung der Interviews folgte einem phasenorientierten, strukturierenden Vorgehen. Grundlage der Analyse war die MAXQDA-Software

(Version 24.10.0), die es ermöglicht, sowohl deduktiv aus theoretischen Vorüberlegungen als auch induktiv Kategorien aus dem Material zu entwickeln. In einem ersten Schritt wurden alle Interviews gründlich gelesen und paraphrasiert. Anschließend erfolgte die Entwicklung eines Kategoriensystems, das sich an den zentralen Forschungsfragen orientierte. Im weiteren Verlauf der Analyse wurden die Kategorien induktiv erweitert und differenziert, sofern das Material Hinweise auf bislang unberücksichtigte Aspekte gab. Auf diese Weise entstand ein offenes und zugleich theoriegeleitetes Kodierungssystem (s. Anhang 7).

Zunächst wurden für jeden Fall individuelle Porträts erstellt, die die jeweils spezifische Dynamik der Veränderungen abbilden. Diese Einzelfallanalysen ermöglichten es, vor der Identifizierung übergreifender Muster die Einzigartigkeit jeder Erfahrung zu würdigen. In einem zweiten Schritt erfolgte die fallübergreifende Analyse, die sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede herausarbeitete. Zur Interpretation wurden dabei ausschließlich die im Theorieteil vorgestellten Konzepte herangezogen, die zwar nicht als unumstritten, aber als weitgehend anerkannt gelten können. So konnten der Fokus der Studie gehalten werden, der auf der Ableitung von Empfehlungen für die sexualberaterische Praxis lag.

Die Einhaltung der drei klassischen Gütekriterien Reliabilität (Zuverlässigkeit), Objektivität (Unabhängigkeit) und Validität (Gültigkeit) wurden durch verschiedene Maßnahmen gewährleistet. So stellt die Darstellung der Kategorienbildung die intersubjektive Nachvollziehbarkeit her; dabei konnte die klassische Intercoder-Reliabilität (vgl. Mayring, 2015) insofern nicht umgesetzt werden, als die gesamte Analyse von der Autorin durchgeführt wurde. Die Objektivität der Interpretation wurde durch die Rückbindung an die Originaltexte und die Verwendung aussagekräftiger Ankerbeispiele überprüft. Validität wurde durch eine offene, non-direktive Gesprächsführung und die Vermeidung suggestiver Fragen angestrebt. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Stimmen der Interviewpartnerinnen authentisch wiederzugeben und ihre subjektiven Deutungen nicht durch theoretische Vorannahmen zu überformen.

4 Darstellung der Interviews und Interpretation

Die Äußerungen der sechs Teilnehmerinnen eröffnen vielfältige Einblicke in das sexuelle Erleben nach einer LEEP-Konisation. Ihre Erfahrungen reichen von gravierenden Destabilisierungen über komplexe Reorganisationsprozesse bis hin zu unerwarteten Bereicherungen der Sexualität. Das folgende Kapitel gliedert sich in drei aufeinander aufbauende Analyseschritte: Zunächst wird das Sample charakterisiert, um die demografischen und kontextuellen Rahmenbedingungen der Teilnehmerinnen zu verdeutlichen (4.1). Die Einzelfallanalysen würdigen anschließend die Einzigartigkeit jeder Erfahrung und stellen die individuellen Veränderungen in ihrer biografischen Einbettung dar (4.2). In der fallübergreifenden Analyse werden schließlich gemeinsame Muster und Entwicklungsachsen herausgearbeitet, die das Spektrum möglicher Veränderungen im sexuellen Erleben strukturieren und die Dynamik von Reorganisationsprozessen verdeutlichen (4.3).

4.1 Charakterisierung des Samples

Das Sample umfasst sechs cis-Frauen (Durchschnittsalter 51 Jahre), die nach einem bis ca. 25 Jahren nach ihrer LEEP-Konisation interviewt wurden. Die Teilnehmerinnen der Studie sind weiß, waren oder sind in heterosexuellen Beziehungen, besitzen überwiegend eine höhere Bildung und wohnen in verschiedenen Bundesländern.

Tabelle 1 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die wichtigsten Charakteristika der Teilnehmerinnen. Die Heterogenität des Samples zeigt sich in mehreren Dimensionen: Die Interviewten befanden sich zum Zeitpunkt des Eingriffs in unterschiedlichen Lebensphasen, hatten verschiedene Indikationen für den Eingriff und wiesen unterschiedliche Vulnerabilitätsfaktoren auf. Die Ergebnisse der Spalte *Fazit der Veränderungen im sexuellen Erleben* zeigen die Bandbreite möglicher Entwicklungen.

Die medizinischen Angaben entsprechen den Schilderungen der Interviewpartnerinnen und wurden nicht unabhängig überprüft oder systematisch erhoben. Die Darstellung fokussiert das sexuelle Erleben, auch wenn für viele Studienteilnehmerinnen die psychischen oder gesundheitlichen Folgen des Eingriffs im Vordergrund standen.

	Alter zum Zeitpunkt des Interviews	Alter zum Zeitpunkt der (ersten) LEEP	Abstand zwischen (letzter) LEEP und Interview in Jahren	LEEP + zusätzliche Eingriffe	Benannte Faktoren, die Ausgangslage besonders vulnerabel machten	Persönliches Fazit der Veränderungen im sexuellen Erleben nach der LEEP
B01	48	47	1	LEEP + zwei weitere KH-Aufenthalte wegen starker Blutungen durch Einriss hinter der OP-Wunde	KPTBS durch sexuellen Missbrauch, multiple Vorerkrankungen, hypersexuelle Störung	Verschlimmerung der hypersexuellen Störung, belastend erlebte genitale Übererregung
B02	50	38	2,5	Drei LEEPs, grobe Vernarbung mit Hernie nach der 2. LEEP, wurde bei 3. LEEP behoben	Erstdiagnose in der 6. SSW nach vorangegangener Fehlgeburt, monatliche Biopsien, OP 6 Wochen postpartum	Glücklich trotz Einschränkungen
B03	49	ca. 30	18 – 20	LEEP; vor einem Jahr zervixerhaltende Gebärmutterentfernung	Eingriff wenige Monate nach Fehlgeburt, Fertilitätsprobleme, undiagnostizierte Adenomyose	Zervikale Schmerzsymptomatik verbessert, in späteren Jahren Zervix für sich als lustvoll entdeckt
B04	*	*	1	LEEP + Nachresektion	HPV-Infektion belastet Privatleben, Einsetzen der Menopause	Mit Partner Verschlechterung, mit anderen wie vorher
B05	51	28	23	LEEP, während der ein Gebärmutterseptum entdeckt und ebenfalls entfernt wurde	Eingriff nach Fehlgeburt und Eileiterschwangerschaft, „toxische“ Beziehung	Konnte Potenzial nach anfänglicher Einschränkung noch erweitern
B06	54	ca. 31	20 – 25	LEEP wegen aus der Zervix herauswachsender Schleimhaut	/	Zervikale Schmerzsymptomatik verbessert, in späteren Jahren Zervix für sich als lustvoll entdeckt

Tabelle 1 – Charakteristika der Studienteilnehmerinnen

*Alter bleibt auf Wunsch der Interviewten unveröffentlicht

4.2 Einzelfallanalysen

4.2.1 B01: „Warum? Weil er dich angesteckt hat!“¹⁵

4.2.1.1 Widergabe des Interviews

B01 schildert lange verdrängten sexuellen Missbrauch durch einen Täter, von dem sie emotional abhängig gewesen sei.¹⁶ Nach mehreren Selbstmordversuchen habe sie sich entschieden, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem habe sie eine Sexualtherapeutin aufgesucht: „Deswegen gehe ich auch jetzt zur Sexualtherapie. Weil mir das wichtig war, dass ich da Hilfe bekomme“ (B01: 37). Seitdem sehe sie sich mit vielen Themen konfrontiert, die sie zuvor „hinten abgelegt“ (B01: 65) habe. Nach jahrelanger angstbedingter Vermeidung habe sie sich im vorherigen Jahr wegen Beschwerden einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen. Die Diagnose sei ein Schock für sie gewesen:

„Und da bin ich angerufen worden. Und dass sie eben festgestellt haben, dass ich wirklich alle HPV-Viren erwischt habe, war ich natürlich erschrocken, und dass sie so was auch noch nie gesehen hat. Also, dass mich dann der Täter oder die Täter angesteckt haben. Das hat mich natürlich erstmal voll runtergezogen, aber was wollte ich machen?“ (B01: 35)

Sie berichtet von „Rumgedruckse“ (B01: 222) und unklarer Kommunikation der Ärztin, die sie verärgert hätten. Sie habe den Laborbefund eingefordert und einen zweiten Test machen lassen: „Ich sehe das so nicht ein, das ist mein Körper und ich kann das entscheiden. Sie machen jetzt den Test!“ (B01: 41). Sie schildert, bis dahin wenig über ihre Zervix gewusst und diese nicht bewusst wahrgenommen zu haben, obwohl sie im Kontext verschiedener Verhütungsmethoden Kontakt mit ihr gehabt habe:

„Das habe ich schon mal gemacht, aber das war in der schlimmen Zeit halt. Wo der Schalter eben so extrem umgelegt war. Da musste ich selber da dran, ja, weil schwanger werden wollte man ja nicht. Also musste man doch irgendwas machen.“ (B01: 55)

Bei den Geburten ihrer beiden mittlerweile erwachsenen Kinder habe sie keinen Wehenschmerz, sondern erst den Druck beim Durchtreten durch das Becken gespürt. Wegen extrem starker Menstruationsblutungen habe sie sich vor ein paar Jahren die Gebärmutter Schleimhaut entfernen lassen, die Gebärmutter selbst aber behalten wollen. Im Zuge der Aufklärung über die HPV-Infektion und den Eingriff habe ihre Gynäkologin ihr Bilder ihrer Zervix gezeigt, was sie in dem Moment als überfordernd erlebt habe, letztlich aber positiv bewertet:

„Es gehört zu mir, ja, aber ich wollte eigentlich davon nie viel wissen. Weil ich eben diese Dinge erlebt habe. Aber ich musste ja dann irgendwann da hinschauen, ob ich wollte oder nicht. Also von alleine

¹⁵ (B01: 37)

¹⁶ Im Vorgespräch hatte sie benannt, bei ihr sei eine komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) diagnostiziert worden. Die KPTBS ist in das ICD-11 unter dem Code 6B41 aufgenommen worden. Sie wird üblicherweise durch wiederholte oder anhaltende traumatische Ereignisse ausgelöst, denen Betroffene oft nur schwer oder gar nicht entkommen können (BfArM, 2024).

wäre ich da nicht hingegangen, aber ich wurde ja dann gezwungen. Dass ich da hingeh. Und das war am Ende auch gut so!“ (B01: 51)

B01 sei Schmerzpatientin, habe diverse Vorerkrankungen und nehme blutverdünnende Medikamente: „Ich bin vorerkrankt, für Komplikationen bin ich irgendwie geschaffen“ (B01: 95). Die Abstriche und die Biopsie seien von starken Schmerzen und Blutungen begleitet gewesen. Die LEEP-Operation sei ambulant unter Vollnarkose durchgeführt worden. Trotz eines Briefes ihrer Therapeutin, der über die Vorbelastungen informiert habe, sei nicht von den Standardabläufen abgewichen worden. Schon die Vorbereitungen auf die Operation – sie habe abführen und sich rasieren müssen – habe sie als belastend erlebt und Verständnis vermisst. Der Anästhesieschwester, die sie als grob und unfreundlich schildert, sei es lange nicht gelungen, ihr den venösen Zugang zu legen.¹⁷ Es sei zur Auseinandersetzung gekommen: „Ja sie wollen doch schlafen!“ Ich sag: „Nee, ich möchte nicht, ich muss.“ Weil ich ja die OP machen muss, die ich eigentlich gar nicht wollte“ (B01: 99). Nach dem Eingriff sei es ihr zunächst gut gegangen, doch in der Nacht habe ihr Mann sie wegen starker Blutungen ins Krankenhaus bringen müssen. Hinter der Operationswunde sei ein Riss aufgetreten, die Blutung mit Tamponaden gestillt worden. Ein paar Tage später seien schwallartige Blutungen aufgetreten. Sie sei allein zu Hause gewesen und habe mit Mühe einen Rettungswagen verständigt.

„Da habe ich dann angefangen zu heulen. Das war mir zu viel. Da wollte ich dann nicht mehr. Das kann doch nicht wahr sein! Immer wieder was Neues, bloß weil dir andere irgendwas zugefügt haben. Also eine Katastrophe. Ich war am Boden zerstört in dem Moment.“ (B01: 105)

Dieses Mal sei der Riss mit Wundkleber versorgt worden. Es seien acht Wochen vergangen, bis die Blutungen aufgehört hätten. B01 schildert die wiederholten Notfallsituationen und medizinisches Personal, das nicht geglaubt habe, dass sie sich an die Anweisungen gehalten und den Riss nicht unvorsichtig selbst verschuldet habe; es seien vaginale Untersuchungen im Mehrbettzimmer durchgeführt worden.

Wegen der traumatischen Erfahrungen und einer hypersexuellen Störung habe die Sexualtherapeutin B01 zum Schutz vor Selbstschädigung sexuelle Aktivitäten untersagt. B01 sei bewusst, dass es sonst zu physischen Schäden, aber auch zu einer weiteren Dysregulation ihres Nervensystems kommen könne. An den therapeutischen Rat zur Enthaltsamkeit halte sie sich auch in der Paarsexualität, was zu Spannungen in ihrer Ehe führe. Die postoperative

¹⁷ Eine starke Aktivierung des Sympathikus (durch Trauma und/oder Stress) führt zu einer peripheren Vaso-
konstriktion. Das bedeutet, dass die Venen sich zusammenziehen, um Blut zentral für Kampf oder Flucht be-
reitzustellen. Dies erschwert das Legen eines venösen Zugangs.

Verstärkung der Hypersexualität und die zusätzliche Entwicklung einer Hypersensibilität hätten ihre Situation erschwert:

„Mit der Selbstbefriedigung ist es schlimmer geworden. [...] Der Drang danach [ist mehr geworden]. Und ich habe es auch mehr gemacht. [...] Jedenfalls habe ich mich dann noch mal dahin gewandt und die haben mir dann zugesichert, dass sie mir weiterhelfen und dass sie mich jetzt auf Tabletten umstellen wollen.“ (B01: 133 – 140)

Später ergänzt sie:

„Ich bin extrem übererregt. [...] Also extrem hypersexuell. Das habe ich gemerkt. Das habe ich der auch gesagt, dass das so ist. [...] Und dass das ein ekelhaftes Gefühl ist. [...] Das ist zum Beispiel jetzt schon. Wenn ich auf dem Stuhl sitze, habe ich schon ein Problem. [...] Da habe ich immer dieses Lustgefühl, immer dieses Übererregte. [...] Das ist seitdem schlimmer geworden. Das habe ich vorher nicht gehabt so schlimm. Es war da. Aber das hat sich verschlimmert.“ (B01: 149 – 161)

Ihr Fazit sei, dass eine stationäre LEEP-Operation besser gewesen wäre. Auf die anstehende Nachuntersuchung blicke sie mit Sorge: „Ich hoffe, dass nichts ist. Ich will nicht noch mal so eine OP. Ich lehne das ab“ (B01: 111).

4.2.1.2 Interpretation und Würdigung

Es ist wahrscheinlich, dass die LEEP-Operation in diesem Fall eine bereits bestehende hypersexuelle Störung (vgl. von Franqué & Briken, 2018) im Rahmen der KPTBS verstärkt hat. Neuere Erklärungsmodelle zu PTBS und sexuellen Funktionsstörungen verweisen auf neurophysiologische und neurovegetative Zusammenhänge (Biedermann, 2018). Die in Kapitel 2.1.3 geschilderten Erkenntnisse zur neuralen Hemmungs- und Erregungsbalance und zur Polyvagaltheorie legen nahe, dass gynäkologische Eingriffe wie eine LEEP-Konisation das fein abgestimmte Zusammenspiel zwischen erregenden und hemmenden Signalen insbesondere bei Menschen mit bestehender Trauma- und Bindungsdynamik stören können. Im Sinne des Somatic Experiencing kann die starke autonome Übererregung als Hinweis auf eine unzureichend integrierte, unvollständig verarbeitete Aktivierung durch die Operation und deren Umstände interpretiert werden. Die Symptomatik weist zudem Parallelen zu einem seltenen Störungsbild auf, das als Anhaltende Genitale Erregungsstörung (PGAD bzw. GPD) bezeichnet wird (s. Fußnote 2 auf S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**).

Die Differenzierung zwischen direkten nervalen Schädigungen und traumabedingten Reaktionen ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Taubheit, wie sie B01 für die Geburt beschreibt, kann sowohl durch lokale nervale Schädigung als auch durch traumabezogene Dissoziation entstehen. Umgekehrt kann Hypersensibilität auf eine nervale Irritation, aber auch auf autonome Dysregulation hinweisen. In jedem Fall illustriert dieser Fall exemplarisch die

Vulnerabilität bestimmter Patientinnengruppen¹⁸ und die Notwendigkeit einer individualisierten Risikoabwägung sowie traumasensibler Behandlungsstandards bei gynäkologischen Eingriffen.¹⁹

Die Diagnose der Infektion mit multiplen HPV-Stämmen und die Erfahrungen mit dem medizinischen Personal werden bei B01 von früheren Erfahrungen von Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Überwältigung und Entwürdigung überlagert. Während sie ihren Körper früher kaum gespürt hat und in vielen Situationen dissoziierte, erlebt sie nun alles körperlich und emotional sehr intensiv. Ihre kraftvolle Sprache und die häufige Verwendung von „muss“ (64 Mal in dem einstündigen Interview) zeugen von einer hohen, traumabedingten sympathischen Aktivierung und dem gleichzeitigen Gefühl der Fremdbestimmtheit. Eine große Ressource ist ihre Entschlossenheit, sich therapeutische Unterstützung zu suchen und Verantwortung für ihren Körper zu übernehmen, wenngleich sie die Konfrontation mit der Realität als schwer aushaltbar erlebt. Auch kommt es zu einer Neuverhandlung von Abhängigkeit und Autonomie, Hetero- und Autozentrierung: Sie nimmt Unterstützung in Anspruch, wo sie sie braucht, vertraut aber nicht wie früher uneingeschränkt, sondern trifft informierte Entscheidungen. Das massive Einfordern von Information und Mitbestimmung kann als das Bestreben gesehen werden, die Kontrolle über ihren Körper zurückzugewinnen und ist im Sinne der Salutogenese insofern als Ressource zu verstehen, als sich darin der Versuch manifestiert, Verstehen und Handhabbarkeit wiederzuerlangen. Auch die bewusste Entscheidung, dem Gebot der Therapeutin zu folgen und sexuelle Aktivitäten zu unterlassen, kann als Ausdruck von Selbstfürsorge und Autonomie gelesen werden (vgl. Huber, 2018).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die LEEP-Operation zwar retraumatisierend gewirkt, negative Erfahrungen wiederholt und bestehende Belastungen verschlimmert hat, in ihren selbstermächtigenden Komponenten aber auch als ein Prozess der schrittweisen Aneignung des eigenen Körpers zu sehen in. In dem Mut von B01, therapeutische Begleitung zu suchen und Verantwortung für ihren Körper zu übernehmen, liegt eine entscheidende Ressource für ihre weitere sexuelle Reorganisation.

¹⁸ Wie in Kapitel 2.4.2 dargelegt, haben Frauen mit Gewalterfahrungen zusätzlich ein signifikant höheres Risiko für persistierende HPV-Infektionen (Coker et al., 2009).

¹⁹ Der in Kapitel 2.4.2 erwähnte Leitaden für den *Respektvollen Umgang mit Patientinnen in Praxis und Klinik in der Gynäkologie und Geburtshilfe* (DGGG e. V., BVF e. V., 2023) wurde in der Klinik, die B01 behandelte, offenbar noch nicht umgesetzt.

4.2.2 B02: „Die Gebrauchsanweisung für mich musste neu geschrieben werden.“²⁰

4.2.2.1 Widergabe des Interviews

B02 habe die Diagnose der Dysplasien nach einer Fehlgeburt erhalten. Als sie ihre Gynäkologin zwei Wochen nach der Krebsvorsorgeuntersuchung angerufen habe, um ihr mitzuteilen, dass sie schwanger mit ihrem zweiten Kind sei, habe sie erfahren, dass sie „enorm schlechte PAP-Werte“ (B02: 20) hätte. Sie sei zu einem Spezialisten überwiesen worden, der monatlich Biopsien durchgeführt habe. Die Schwangerschaft sei geprägt gewesen von der Angst, an Krebs zu erkranken und der Sorge, durch die Biopsien das Baby zu verlieren. Sechs Wochen nach der Geburt habe sie die LEEP-Operation vornehmen lassen:

„Die Zeit vorher, diese sechs Wochen, die waren eigentlich schlimm für mich. Dieses Vorbereiten und dieser Gedanke, das Baby dann wirklich für den Tag abzugeben. (.) Und die Zeit danach, weil ich dann tatsächlich in dem Zugang, den ich hatte, eine Venenentzündung entwickelt hatte, der ganze Arm war dick und daraus ist dann noch eine Wochenbettdepression entstanden, die nicht erkannt worden ist. Eigentlich ist es so, dass mit der OP hinterher (lacht) (...) alles den Bach runterging, letztendlich. Also aus dieser Wochenbettdepression, es hat sich eine Depression entwickelt und manifestiert über fünf Jahre, bis wir dann zur Scheidung–, bis es dann auch wirklich mal–, ich gesagt habe: Ich gehe jetzt mal zum Psychologen, nachdem alle Ärzte immer sagten: Ach, das wird schon wieder. Das war so das, was hinten hinterherkam, war, glaube ich, das, was für mich schlimmer war, bei der ersten OP.“ (B02: 52)

Ihr damaliger Ehemann sei paralysiert gewesen von der Angst vor einer Krebserkrankung, habe mit ihr aber nicht darüber sprechen können. Ihre Schwiegermutter habe nicht verstanden, warum sie die Gebärmutter nicht ganz habe entfernen lassen: „Warum lässt du das machen? Kannst doch gleich–, hast doch Kinder, mal raus mit dem Scheiß!“ (B02: 92). Die Erfahrung von Hilflosigkeit rund um den Eingriff habe auch Einfluss auf ihr Selbstwertgefühl als Frau gehabt: „Bis hin zu: Wer bin ich, dass ich, ja, mein Kraftzentrum, meine Gebärmutter nicht halten kann. (...) Was für eine schlechte Frau bin ich letztendlich, dass ich das nicht hinkriege“ (B02: 90).

Als sie sich acht Jahre später habe sterilisieren lassen, sei festgestellt worden, dass sie ein „riesengroßes Myom“²¹ (B02: 98) in der Gebärmutter habe. Sie habe ihren Gynäkologen zur Rede gestellt, der nie auf ihre starken, schmerzhaften Regelblutungen reagiert habe. Er habe gesagt, das sei normal in ihrem Alter und die Entfernung ihrer Gebärmutter vorgeschlagen. Das habe B02 abgelehnt und nur das Myom entfernen lassen.

Im folgenden Jahr seien erneut Zellveränderungen bei ihr diagnostiziert worden. Sie sei inzwischen in einer neuen Beziehung gewesen und habe sich in den Jahren zuvor in Frauentrainings mit ihrem Körper und ihrer Sexualität auseinandergesetzt:

²⁰ (B02: 102)

²¹ Ein Myom ist eine gutartige Wucherung in der Gebärmutter. Myome sind sehr häufig und oft symptomlos, können aber je nach Lage und Größe Beschwerden wie z. B. starke, schmerzhafte Blutungen verursachen.

„Und da hatte dann wirklich der Gebärmutterhals, der Gebärmuttermund überhaupt die Gebärmutter halt dann von jetzt auf gleich einen sehr hohen Stellenwert für mich. Energetisch und, ja, fast schon so wie so ein Heiligtum. Und ich hatte immer das Gefühl, je mehr ich mich damit beschäftige und befasse und je mehr ich anfangs, mich und meinem Körper und auch meiner Gebärmutter zu huldigen, desto kränker wurde sie. (.) Desto mehr hat sie auch Zyklusbeschwerden und Schwankungen und unregelmäßige starke Blutungen und ach, also ich hatte das Gefühl, dass das immer–, sie immer mehr Dinge zum Ausdruck bringen wollte eigentlich so.“ (B02: 34)

Anders als beim ersten Mal, als sie sich „komplett auf die Ärzte verlassen und gar nicht belesen“ habe, habe sie sich diesmal nicht gleich zur Operation entschlossen, sondern abgewartet, ob sich die Dysplasie zurückentwickeln würde. Als sich die Werte nach einem halben Jahr verschlechtert hätten, habe sie sich dem Eingriff und im Anschluss einer sechsmonatigen HPV-Impfserie unterzogen. Zwei Jahre später seien die Werte wieder schlecht gewesen. Ihr Gynäkologe habe sofort operieren wollen, alles andere habe „keinen Sinn“ (B02: 94). Das habe für sie „das ganze Ding dann zum Überlaufen“ (B02: 98) gebracht:

„Und da habe ich dann gesagt: ‚Ich kann nicht mehr.‘ Und habe dann–, bin zu meiner Gynäkologin hingegangen, habe zwischendurch gewechselt und habe gesagt: ‚Also wir–, ich möchte jetzt alles, alle Register ziehen!‘ Und haben alles Mögliche an Zäpfchen, Tinkturen, ich–, also, ich habe alles gemacht und auch da wurde es tatsächlich immer schlechter, immer schlechter, immer schlechter, immer schlechter, sodass ich dann das letzte Mal dann auch wieder dann halt operiert werden musste. Da aber dann auch schon mit der Ansage von den Ärzten hinterher, dass, sollte das jetzt noch mal zu diesem Zustand kommen, letztendlich die Gebärmutter komplett entfernt werden muss, weil es nichts mehr gibt an Material, was man dort entfernen könnte.“ (B02: 20)

Nach bereits starken Reaktionen auf die Biopsie in der Vergangenheit habe B02 nun eine Panikattacke erlebt und die Untersuchung abbrechen müssen.

„Und, ja, die dritte OP war der Horror. (.) Das war, also, die Leute waren gut, die Ärzte, die Schwestern, alles fein, die Betreuung, das war alles gut, aber mir ging es einfach von Anfang bis Ende nicht gut. Ich hatte dann ja erst die OP abgelehnt, die hatten ja dann im Frühjahr die ganzen OP-Unterlagen fertig gemacht, nachdem ich diese Panikattacke hatte, und haben gesagt: ‚Nehmen Sie es einfach mit, gehen Sie nach Hause.‘ Und dann hatte ich ja eben noch alles versucht, ein halbes, drei Viertel Jahr lang, und hab mich dann einfach gemeldet. Und war aber nicht schön, also wissentlich in so eine OP zu gehen und zu wissen, dass da wieder eine Grenze überschritten wird.“ (B02: 54)

Sie schildert, dass sie die Eingriffe trotz guter Betreuung von Mal zu Mal als belastender erlebt habe, obwohl sie gut betreut wurde:

„Also ich glaube, fachlich gesehen bin ich da in sehr guten Händen gewesen, ich würde da auch jederzeit wieder hingehen, sowohl zwischenmenschlich als auch fachlich. Ich denke, dass dieser Eingriff an sich, (..) also so in unser tiefstes Innerstes geht als Frau. Ich kann das auch so schlecht mit Worten beschreiben. Also es fühlte sich hinterher wirklich nicht an jetzt wie nach einer Ausschabung oder Wochenbettfluss, Wochenfluss oder so, sondern es war wirklich, ja, als, (...) dass die Ärzte, die sagen, sie helfen dir, es wird alles gut, ja, dann aber etwas tun – ich meine, natürlich haben sie das vorher gesagt, dass sie das tun – aber das, was sie tun, einfach so verletzend ist, auf einer anderen Ebene, so und, (..) und ich weiß auch nicht, ob frau sich das aussuchen kann, das zu fühlen oder nicht zu fühlen, ich weiß nicht, ob es Frauen gibt, die da auch reingehen und das auf einer Hinterbacke absitzen und dann wieder nach Hause gehen, als wäre nichts gewesen. Vielleicht war ich bei der ersten OP auch noch so, aber nach der zweiten, dritten OP, also wenn ich jetzt überlege, alleine der Gedanke an so eine Biopsie löst in mir, also so einen tauben Schmerz schon in der Gebärmutter aus, so ein Schmerzgedächtnis, das geht gar nicht, nee, kann nicht, das ist–. (...) Und ich weiß nicht so genau, wo ich dieses Gefühl hinpacken oder einordnen kann, ob das, ja, so eine Gewebeantwort ist, ob das irgendwo aus dem Schmerz–. Also ich, ich glaube tatsächlich, dass das was Energetisches ist, dass da etwas überschritten wurde, mehrfach, zwar mit äußerlicher Einwilligung, ohne dass aber der Körper bereit dazu gewesen wäre.“ (B02: 56)

B02 habe die meiste Zeit mit einem Verhütungscomputer verhütet, die Geburten seien unkompliziert und leicht gewesen. Die Zervix habe vor dem ersten Eingriff keine Bedeutung gehabt. Das habe sich nach der ersten Operation und durch die Frauentrainings geändert; sie habe begonnen, sich ihr aktiv zuzuwenden:

„Also ich habe mir mal selber die Aufgabe gemacht, wirklich jeden Tag, zehn Minuten lang meinen Gebärmuttermund zu massieren. Das habe ich gemacht und–, das war zwischen der ersten und der zweiten OP und das fanden wir beide sehr schrecklich (lacht). Aber ich habe es gemacht und–, also nicht, das zu machen wahrscheinlich, sondern das Gefühl, also, wirklich dieses–, ich würde schon sagen, dass mein Gebärmuttermund traumatisiert ist. (...) Und dass er das nicht mag, tatsächlich, wenn so ein Finger da oder zwei Finger da reinkommen, wenn sie sagen: Hey, ich massiere dir mal die Verspannung weg! Fand er nicht so witzig.“ (B02: 36)

Später beschreibt sie das Gefühl, das dort durch Berührung ausgelöst worden sei, genauer:

„Und das war so ein existenzieller Schmerz, wobei Schmerz nicht so richtig ist, sondern das ist eher–, das ist ein Schmerz, der schon so ins Urvertrauen reingeht. Also, ich hatte das Gefühl, dass da etwas verletzt ist, was so unwiederbringlich, übergreifig behandelt worden ist, missbraucht worden ist, ja. (...) Ja, also so, so, so, so ganz überirdisch, also irgendwas, also was Höheres, also ich könnte jetzt nicht sagen: Ja gut, das Gewebe ist verletzt und ist sehr zart und reagiert komisch mit Parästhesien oder sowas, sondern das war wirklich, ich habe gemerkt, dass das eine Verletzung ist, die du nicht aufs Gewebe beschränken kannst. Dass das irgendwie eine energetische Verletzung ist, die auch nicht einfach so weggeht.“ (B02: 38)

Nachdem die Angst vor einem Verlust der Gebärmutter, die für sie eng mit ihrer Weiblichkeit verknüpft sei, sie jahrelang begleitet habe, habe sie die Vorstellung, dass der Uterus energetisch auch nach einer Entfernung noch als präsent erfahrbar sei, als hilfreich empfunden:

„Ich hatte immer diesen unbändigen Wunsch, meine Gebärmutter zu behalten. Auf Teufel komm raus. Als würde ich mich irgendwie über dieses Organ identifizieren, was wir ja auch tun. Bis ich dann irgendwann begriffen habe und dachte: Hey, der Energiekörper bleibt ja!“ (B02: 28)

Sie stellt einen Zusammenhang zwischen diesem Prozess und verbesserten PAP-Werten her:

„Tatsächlich ist es jetzt so, dass ich im letzten Jahr auch in einem Ritual meine Gebärmutter losgelassen habe. Ich habe sie noch, alles fein, aber ich habe einfach gesagt: Gut, und wenn sie jetzt nicht mehr möchte und gehen möchte, dann soll sie gehen. Und ich bin fein damit und tatsächlich hatte ich jetzt dieses Jahr am Frühjahr das erste Mal einen PAP-Wert, der war einwandfrei. (...) (lacht) Und so kann es dann jetzt weitergehen. Also ich glaube, es ist auch viel, viel geistiges Auseinandersetzen damit und mentales Auseinandersetzen und Befrieden und Hören und Fühlen und Spüren.“ (B02: 78)

Ihre Sexualität vor den Eingriffen beschreibt sie als „relativ einfach mit mäßigem Lustempfinden“ (B02: 44). Schmerzen habe sie nicht gehabt; das habe sich jedoch nach dem zweiten Eingriff geändert:

„Und bei der zweiten OP war es dann schon so, dass ich–, dass sich schon Zweifel und Ängste dazu mischten: Mensch, wie wird denn das hinterher tatsächlich auch mit der Sexualität? Weil da war es schon so, dass ich dann auch ab und an mal Schmerzen eben hatte und ich hatte schon so ein bisschen Zweifel. Aber es war immer noch so dieses: Aber es muss gemacht werden! (.) Und dann hatte sich das aber hinterher tatsächlich auch so verändert, dass sich da in der Narbe eine Hernie gebildet hatte. Das heißt also, es hat sich alles sehr verengt und war sehr grob vernarbt. (.) Und seitdem ist es tatsächlich so, dass ich taub bin tatsächlich.“²² (B02: 26)

²² Eine Hernie ist eine Vorwölbung des Gewebes, hier im Bereich der Narbe.

Die Hernie sei bei der dritten Operation beseitigt worden, doch ihre Sexualität sei seitdem „oft und viel schmerzhaft“ (B02: 66) und die Zervix taub geblieben. Besonders eindrücklich ist ihre Beschreibung der qualitativen Veränderung des Orgasmus. Auf die Frage, welche Rolle der Gebärmutterhals vor dem ersten Eingriff für ihre Sexualität gespielt habe, antwortet sie, er sei erregbarer gewesen, aber:

„Er hat tatsächlich damals nicht so eine große Rolle gespielt, weil ich mir des sexuellen Potenzials gar nicht bewusst war. [...] Aber es waren schon auch definitiv innere Orgasmen auf jeden Fall dabei. So, also das war es schon, das kann ich wirklich sagen, das gibt es heute nicht mehr so wirklich. Das war aber früher, ja. [...] Es hat sich weicher angefühlt, es hat sich weicher, wärmer angefühlt. (...) Da lacht mein Partner heutzutage immer darüber, wenn ich immer sage: Oft sind meine Orgasmen so kreischig (lacht).“ (B02: 46 – 50)

Später präzisiert sie, der Entstehungsort habe sich nach außen verschoben, sei „hauptsächlich jetzt nur noch klitoral oder mal vorne vaginal“ (B02: 70). Die dadurch veränderte Qualität beschreibt sie wie folgt:

„Das sind andere Orgasmen, also das ist wirklich der–, ein anderer Entstehungsort des Orgasmus. Bei mir ist das tatsächlich auch eine andere Orgasmusqualität, also das ist nicht mehr, (...) so warm, weich und in Wellen, sondern wirklich schrill und kreischig. Also für mich ist es–, bei mir ist es tatsächlich so, wie äußerlicher. Also wie klitoral der Orgasmus ist, desto schriller wird das ganze Ding und es ist kürzer, es ist heftiger, es ist auch nicht so gut auszukosten.“ (B02: 72)

B02 habe beobachtet, dass die Schmerzen abhängig davon seien, wie stark sie „loslassen kann und entspannen“ oder „gestresst oder genervt“ (B02: 26) sei. Auch hormonelle Einflüsse hätten eine Rolle gespielt:

„Dass tatsächlich–, ja, so richtig im Zyklus bin ich jetzt nicht mehr, aber als ich noch im Zyklus war, war es wirklich zyklusabhängig, dass auch bestimmte Stellungen nicht gingen, tatsächlich. Jetzt ist es zyklusunabhängig, aber kommt auch vor. Das ist wirklich–. Ich merke: Heute geht das so auf gar keinen Fall! [...] Es überfordert tatsächlich meine Yoni und–, merke ich dann auch ganz oft, dass sie dann plötzlich von jetzt auf gleich richtig trocken wird und alle Schotten dicht macht. (lacht) Also das ist, ja, ganz spannend. Was ich aber auch unterscheiden würde–, also natürlich bin ich jetzt ja auch in so einem perimenopausalen Werdegang– das hat nichts mit irgendwie Scheidentrockenheit zu tun oder sowas, sondern ich kann wirklich, wenn irgendwas zu schnell geht und gerade noch wirklich feucht war, zack–bum, jetzt nicht mehr.“ (B02: 68)

Zusammenfassend beschreibt sie, dass sie

„um eine erfüllte Sexualität zu haben, tatsächlich auch länger brauche, quasi, um irgendeinen Orgasmus zu bekommen und auch wirklich die Gebrauchsanweisung für mich neu geschrieben werden musste. Also so wie es früher war, mal eben zack, zack, geht es nicht mehr und es bedarf tatsächlich fachkundiger Vorbereitung, (...) (lacht) damit es auch für mich erfüllend ist und nicht nur schmerzhaft ist.“ (B02: 102)

Ihr Begehren lebe sie nur dann aus, wenn ausreichend Zeit dafür sei, sonst verzichte sie lieber. Sie sagt, dass die beiden letzten Eingriffe auf ihre Partnerschaft insofern einen positiven Einfluss gehabt hätten, als sie durch die Kommunikation von Bedürfnissen und deren verlässliches Einhalten an- und miteinander gewachsen seien:

„mit meinem jetzigen Partner bin ich seit fast fünf Jahren jetzt zusammen und wir haben eine ganz andere kommunikative Ebene und ich bin fest davon überzeugt, wäre ich in einer Beziehung ähnlich der mit meinem Ex-Mann, würde ich wahrscheinlich heute keinen Sex mehr haben wollen. So, und der

Sex, so wie er ist, ist halt möglich, dass wir da darüber kommunizieren können, was bei mir los ist, mit Lernen und Lachen und Ausprobieren und auch ganz viel Verständnis einfach.“ (B02: 74)

So sei sie seit zwei Jahren einer „stabilen Ebene“ (B02: 84): „Und das ist jetzt aber auch ein Zustand, mit dem ich gut bin. Mit dem bin ich fein. Mit dem bin ich auch nicht nur zufrieden, sondern auch glücklich, dass es so ist“ (ebd.). Noch mehr als das Informieren und Lesen hätten ihr der Austausch mit anderen Frauen und viel Zeit für Selbstliebe geholfen:

„Also was ich seitdem auch unternehme, ist tatsächlich wirklich Zeit für ganz viel Selbstliebe, dass ich also wirklich mir für mich Zeit nehme, mich auch selber stimulare. Ganz viel auch, also wirklich nachfrage: Möchte ich das gerade? Möchte ich da berührt werden? Möchte ich das? Möchte ich das so? Möchte ich das vielleicht nicht? Da habe ich–, mache ich ganz, ganz viel, da habe ich mich sehr verändert. Dass ich auch mehr mir selbst zuhöre. (.) Was braucht es gerade? Und mir eben auch genau eben diese Zeiten jetzt auch wirklich nehme und: Ach, ich zieh mich jetzt zurück für mich.“ (B02: 78)

Für die Zukunft wünsche sie sich mehr Aufklärung über HPV und konservative Behandlungsmethoden, denn die Operation sei „wie mit Kanonen auf Spatzen schießen“ (B02: 62). Wichtig finde sie auch eine Anleitung für betroffene Frauen, wie sie nach einem Eingriff die Verbindung zu ihrer Gebärmutter und zu sich selbst wieder herstellen können: „Weil das ist so viel mehr als nur ein Organ“ (B02: 104).

4.2.2.2 Interpretation und Würdigung:

Der Fall B02 verdeutlicht, wie stark medizinische Eingriffe an der Zervix in ein Zusammenspiel aus biografischen, emotionalen, körperlichen und spirituellen Dimensionen eingreifen können. Für B02 war der Gebärmutterhals präoperativ kein bewusster Teil ihres Körpers. Erst durch die wiederholten medizinischen Eingriffe, ihre aktive Auseinandersetzung in Frauentrainings und die körperliche Hinwendung wird er für sie zu einem „Heiligtum“ (B02: 34) und zugleich zu einer Quelle von Schmerz, Angst und ambivalenter Symbolik. Die Schilderung ihrer Erfahrungen illustriert den Prozess der Aneignung der Zervix von einem unbewussten Organ hin zu einem Bereich, den sie aktiv spürt, schützt und mit Bedeutung auflädt. Diese Dynamik knüpft an den im Theorieteil dargestellten Ansatz des Sexocorporel an, der betont, dass sexuelle Lustfähigkeit nicht nur anatomisch gegeben ist, sondern aktiv entwickelt, erfahren und verhandelt werden kann. Über die Jahre wird B02 zur Expertin ihrer eigenen Sexualität, kann ihre körperlichen Reaktionen differenziert beschreiben und einordnen und entwickelt präzise Selbstregulationsstrategien (Zeit, Kommunikation, bewusste Körperwahrnehmung).

Zugleich verdeutlicht B02s Bericht die Grenzen körperorientierter Arbeit an sich selbst: Ihr Bemühen, die Gebärmutter energetisch zu schützen und den Gebärmutterhals durch Massage zu entspannen, steht in einem paradoxen Zusammenhang mit einer Zunahme von Beschwerden. Hier zeigt sich, wie eng somatische und psychische Ebenen verflochten sind und dass

Engagement und Selbstverantwortung Grenzen gesetzt sind und sogar zu einem negativen Selbstbild führen können, wenn der gewünschte Erfolg ausbleibt. Die Erzählung von B02 macht auch die Bedeutung von Sensemaking deutlich: Ihre wiederholte Frage nach dem Grund und ihre rituelle Loslösung von der Gebärmutter („der Energiekörper bleibt“ (B02: 28)) zeigen ihren Versuch, das Erlebte in eine verstehbare, spirituelle Ordnung einzubetten. Dies entspricht dem Ansatz der Salutogenese, der Sinngebung und Kohärenz als zentrale Elemente für Gesundheit begreift.

Auch in diesem Fall ist eine Differenzierung zwischen direkten nervalen Schädigungen und traumabedingten Reaktionen nicht möglich. Die insgesamt dreimalige Entnahme von Gewebekegeln und das ärztliche Dafürhalten, im Fall einer erneuten Dysplasie sei nicht mehr ausreichend zervikales Gewebe vorhanden, legen eine starke Schädigung der Nerven nahe. Ihre Beschreibung der zervikalen Taubheit nach der zweiten LEEP-Operation und der Verschiebung der Orgasmusverortung von innen (zervikal/vaginal) nach außen (klitoral) verweist unmittelbar auf die neurophysiologische Basis: Die Unterbrechung oder Schädigung sensibler Nervenbahnen verändert die Erregungs- und Lustbahnen nachhaltig. Diese Hypothese wird durch die Arbeiten von Komisaruk gestützt (vgl. Theorieteil). Gleichzeitig betont B02, der Schmerz sei nicht auf das Gewebe beschränkt, sondern es sei eine „energetische Verletzung“ (B02: 38) spürbar. Dieses Empfinden verweist auf das, was van der Kolk (2014) als *The Body Keeps the Score* beschreibt: Der Körper speichert danach Erfahrungen auch jenseits von messbaren Nervenbahnen als somatisches und emotionales Gedächtnis. Die „energetische Verletzung“ kann hier also sowohl als spirituelle Bewältigungsstrategie als auch als somatische Metapher für autonome Dysregulation verstanden werden. Die Beschreibung, es sei ein „existenzieller Schmerz“ (B02: 38) deutet auf eine tiefe neurophysiologische Erschütterung hin, die über rein anatomische Veränderungen hinausgeht.

Die Veränderung in Abhängigkeit vom Zyklus, aber auch von Stress und Entspannung verdeutlicht die Abnahme von Lubrikation und Tenting bei Zeitdruck und Anspannung (sympathische Aktivierung), während entspannte Situationen mit ausreichend Zeit (parasympathische Aktivierung) zu besserer Lubrikation, mehr Raum in der Vagina und schmerzfreier Sexualität führen. Dies unterstreicht die Annahme neurophysiologischer Grundlagen der sexuellen Reaktion. Eine wichtige Ressource von B02 ist die Fähigkeit, ihre Sexualität an die veränderten Bedingungen anzupassen: Sie beschreibt ihre Sexualität heute als „anders“ (B02: 44) und namentlich weniger spontan, dafür achtsamer, langsamer, kommunikativer.

Der Umstand, dass ihre (neue) Beziehung diese Anpassung trägt, verweist auf die zentrale Rolle relationaler Ressourcen bei der Verarbeitung körperlicher Veränderungen (Bischof-Campbell, 2012).

Insgesamt zeigt B02s zwölfjähriger Entwicklungsprozess, wie sehr eine LEEP-Konisation – insbesondere in mehrfacher Wiederholung – nicht nur als lokale chirurgische Maßnahme, sondern als tiefer Eingriff in die sexuelle Identität, Körperwahrnehmung und Psyche erlebt wird. Er verdeutlicht aber auch die in Kapitel 2.4.3 erläuterte Neuroplastizität des sexuellen Systems und zeigt, dass sexuelle Reorganisation Zeit braucht und dass „Besserung“ nicht Wiederherstellung bedeutet, sondern qualitative Transformation zu einer neuen Form sexueller Gesundheit. Der Fall zeigt zudem exemplarisch, wie ressourcenorientierte Sexualberatung aussehen kann: Nicht Reparatur des „Defekts“, sondern Begleitung der Transformation, Würdigung der Anpassungsleistung und Entwicklung neuer Kompetenzen.

4.2.3 B03: „Das ist ein ganz tiefes, weibliches All-over-Erlebnis“²³

4.2.3.1 Widergabe des Interviews

Ein halbes Jahr nach ihrer Fehlgeburt – sie spricht von einem „Sternenkind“ (B03: 46) – seien bei B03 Zellveränderungen festgestellt worden. Da der Kinderwunsch eine „schwierige Sache“ (B03: 28) gewesen sei, habe sie einen Fruchtbarkeitscomputer zur Bestimmung des Zeitpunktes des Einsprungs genutzt und ihren Zervixschleim untersucht: „Das war–, ja, ich hab mir das immer vorgestellt wie eine Birne. Ich bin–, ich bin in die Hocke gegangen, damit es einfach leichter ist. Und das hat aber mehr so einen neugierigen Charakter gehabt, mehr nicht zu der damaligen Zeit.“ (B03: 32).

In der Paarsexualität hätten ihr starke Stöße im Bereich der Zervix Schmerzen bereitet, explizit nennt sie den „Doggy-Style“ (B03: 34), aber auch andere Positionen:

„In der Missionarsstellung war das überhaupt kein Problem. Da hatte ich auch keine Schmerzen. Alles, was so, wenn ich jetzt halt also sozusagen vor ihm gekniet bin, das war schmerzhaft, teils auch von der Seite auch, da war das auch schmerzhaft.“ (B03: 68)

In jungen Jahren sei ihre Sexualität von Neugierde, aber auch Überschreiten der eigenen Grenzen (bezogen auf den Umgang mit den Schmerzen an der Zervix) geprägt gewesen:

„Also ich war immer sehr sexuell aktiv gewesen und hatte auch (.), ja (...), einiges an Partnern, an Sexualpartnern. Ich war ein sehr neugieriger Mensch immer gewesen und hatte auch immer sehr viel Spaß an Sexualität gehabt und bin da allerdings über Grenzen gegangen. Also gerade, ja, über meine eigenen Grenzen gegangen, weil ich dachte, das muss so sein, das gehört so. Und auch von vielleicht – , vielleicht beeinflusst von Pornographie auch. Und (.) habe–, ja, habe [...] ja, mir keine Grenzen gesetzt und hatte sehr schmerzhaftes Erlebnisse einfach auch und hab das aber nicht mitgeteilt.“ (B03: 64)

²³ (B03: 106)

So sei die Zervix für sie vor allem mit Schmerzen verbunden gewesen. Besonders erregend habe sie dagegen die Öffnung der Vagina beim Aufnehmen erlebt.

An den Eingriff sei sie mit „jugendlichem Leichtsinn“ (B03: 22) herangegangen und, da der Arzt sich entsprechend geäußert habe, mit der Überzeugung von Notwendigkeit und Alternativlosigkeit. Doch schon bei der Aufklärung, die sich auf Nachblutungen und Schmerzmittel beschränkt habe, habe sie sich alleingelassen gefühlt. „Mit meinem Partner konnte ich darüber auch nicht reden. Ich merke, ich hab viel, sehr viel mit mir alleine ausgemacht“ (B03: 122). Die Operation erlebte sie wie folgt:

„Schlimm, weil–, das war wirklich einfach nur Krankenhaus. Da wurde nicht groß drauf eingegangen. Also auch auf mich als Person wurde nicht drauf eingegangen. Das war einfach ein mechanischer Eingriff. Und meine Fehlgeburt war vielleicht maximal ein halbes Jahr vorher gewesen oder drei Monate oder sowas. (.) Und da wurde mir dann lapidar gesagt: ‚Naja, die Narkose ist jetzt tiefer halt als bei der Ausschabung. Und ansonsten kennen sie ja die Prozedur, sie bekommen Schmerzmittel und –‘ So: Zack! Also das war kalt, das war nicht eingegangen, das war, mechanisch, ich war einfach nur eine Nummer.“ (B03: 74)

Die LEEP-Konisation habe ihr Gynäkologe ambulant in einem Gesundheitszentrum durchgeführt:

„Er hat dazu mehr oder weniger gar nichts gesagt. Er hat sich auf die OP vorbereitet und sich fertig gemacht. (B03 macht Handbewegungen, als ziehe sie Handschuhe an) Und die Helferin, die mich dann dort angeschnallt hat und von der ich dann auch die Narkose bekommen habe, die hat mir das halt gesagt. [...] Das ist so ein bisschen so entwürdigend. Man setzt sich da so auf diesen Stuhl mit diesem Kittel und es ist alles kalt.“ (B03: 82 – 84)

In den Wochen nach der Konisation habe sie zunächst Beschwerden gehabt, die sich aber bald gelegt hätten: „Ja, das erinnere ich nach der Konisation, dass das eine Zeit lang schmerzhaft war. (...) Taubheit war da, aber das kam wieder. Das kam wieder“ (B03: 98). Sie beschreibt, dass die Paarsexualität anfangs, während des Heilungsprozesses, vorsichtiger gewesen sei, sie und ihr Mann aber später wieder ganz „zum Alten“ (B03: 128) übergegangen seien.

Bei einer erneuten Schwangerschaft einige Jahre später sei sie lange besorgt gewesen, ob sie das Kind bis zur Geburt würde austragen können. Sie habe Blutungen gehabt und zur Beobachtung im Krankenhaus gelegen:

„Also bei meinem ersten Kind, das ich dann auch ausgetragen habe, war die Angst, das Kind zu verlieren sehr groß, weil ich vorher schon ein Kind verloren hatte. Und ich habe Progesteron zwölf Wochen lang an den Gebärmutterhals eingeführt. Und es war auch zum letzten Drittel der Schwangerschaft auch unklar oder noch ungewiss, ob ich die Schwangerschaft überhaupt auch so lange halten kann. Und es war, weil der Gebärmutterhals auch schon geöffnet war und es ging darum: Werden wir ihn zunähen oder nicht?“ (B03: 48)

Die Sorgen um einen Eingriff zum Verschließen der Zervix hätten sich als unbegründet herausgestellt, aber die natürliche Geburt, auf die sie sich intensiv vorbereitet habe, sei mangels ausreichend geöffneter Zervix unter den Wehen und einer Verkeilung des Babys im Becken

nicht gelungen. Ihr sei zu einem Kaiserschnitt geraten worden; sie habe zugestimmt. Es sei ein Gefühl der Enttäuschung und des Bedauerns darüber geblieben, nicht besser durch den Prozess begleitet worden zu sein. Nach der Geburt sei sie zu einer Gynäkologin gewechselt, da sie ihren Arzt als wenig empathisch empfunden habe und das Vertrauensverhältnis nicht so gut gewesen sei, dass sie mit ihm etwa über Veränderungen in der Sexualität nach der Konisation hätte sprechen können.

Mittlerweile erlebe sie die Zervix für sich als lustvolles Organ. Sie nehme an, dies liege daran, dass sie sich in den vergangenen Jahren im Rahmen verschiedener Ausbildungen mit ihrer Sexualität beschäftigt habe. Sie habe den Umgang mit sich und ihren Bedürfnissen gelernt und teile mit, was ihr Lust bereite und was nicht. Sie frage sich aber auch, ob es einen Zusammenhang zur Konisation geben könne:

„Also ich frage mich tatsächlich selber, ob die Konisation dazu beigetragen hat, dass ich damit auch keine Schmerzen habe, weil da einfach auch ein Kegelstück rausgeschnitten wurde. Ich, ich würde gerne mehr wissen, inwieweit, (..) ja, das vielleicht trotzdem auch noch–, wie sich das jetzt mit der Zervix verhält. Ist genügend noch da? Also hat sich das nur verändert durch mein Bewusstsein und durch meinen anderen Umgang damit? Oder hat mir die Konisation einfach auch ein Stück weit (..) Empfinden weggenommen? [...] Ist es mein anderer Umgang und mein, mein eigenes Erforschen und meine bewussten Grenzen setzen, weil: Auch heute, im Doggy-Style, spüre ich die Schmerzen gar nicht, sondern empfinde es als lustvoll.“ (B03: 120)

In der Solosexualität nehme sie wahr, wie anders sich der vaginale Raum anfühle, wenn sie sich ausreichend Zeit nehme:

„Wenn ich auch meinen Dildo benutze – ich benutze keine Vibration, sondern ich benutze einfach nur den – (.), den Punkt einfach, dass das einfach alles, dass ich auch damit tiefer komme und dass ich– . Oder wenn ich mir nicht genügend Zeit auch nehme und es–, die Erregung nicht genügend aufgebaut ist, dass ich eben das doch auch als unangenehm spüre. Und dass ich, wenn ich mehr damit gehe und mir mehr damit Zeit lasse, dass es einfach ein viel weiterer Raum ist. Das spüre ich.“ (B03: 116)

Sie beschreibt, dass sie in der Paarsexualität die Stimulation der Zervix, die sie früher gemieden habe, jetzt bewusst herbeiführe und darüber Orgasmen erlebe, die sie als tiefer, schöner und länger anhaltend beschreibt:

„Das ist emotionaler. Das ist für mich–, also der geht so–, ich würde sagen, er geht bis in meinen Herzraum. Also das ist, das ist so eine Verbundenheit mit mir [...] Ich nehme manchmal dafür wirklich Zeit und Zeit für mich, das auch lange zu spüren, lange mit mir zu sein, lange, länger nachzuspüren. Das ist nicht nur einfach einen Orgasmus kriegen, sondern das ist ein ganz tiefes, weibliches, All-over-Erlebnis.“ (B03: 106)

Bei einer Bauchspiegelung vor zwei Jahren wegen Vernarbungen und Verklebungen an den Eierstöcken sei eine Adenomyose²⁴ diagnostiziert worden; ihre Gebärmutter sei auf das Doppelte vergrößert gewesen. B03 schildert, wie diese unentdeckte Krankheit mit starken Blutungen und Schmerzen ihren Alltag über Jahrzehnte geprägt habe: „In meinen Zwanzigern

²⁴ Die Adenomyose ist eine gutartige Erkrankung der Muskelwand der Gebärmutter (Myometrium), ähnlich der Endometriose, die u. a. zu einer Vergrößerung der Gebärmutter, Menstruationsbeschwerden, Dyspareunie und Fruchtbarkeitsproblemen führen kann (DocCheck, 2023).

und Dreißigern bin ich mit starken Schmerzen und Schmerzmitteln damit durch die Welt gegangen, durch den Tag gegangen, und dachte: Das, das ist so, das haben ja die Frauen“ (B03: 114). In den vergangenen Jahren seien die Blutungen sogar noch stärker geworden; sie verstehe nicht, wie die Erkrankung habe übersehen werden können:

„Und meine Frauenärztin sagte dann: ‚Ja, das ist ja ganz klassisch, Frau (Name), ganz klassisch, sie sehen hier die–, so die Grauschattierung.‘ Und hat mir dann zu einer Entfernung der Gebärmutter empfohlen, wo ich dachte: Naja, wenn das so klassisch ist, ich bin hier seit zwölf Jahren bei dir in Behandlung, warum hast du mir das nicht gesagt? Und warum muss ich so viele schmerzhaft Jahre dadurch damit verbringen? Ich hätte auch bei meinem zweiten Kaiserschnitt–, hätte ich dann meine Gebärmutter auch gleich mit entfernen können.“ (B03: 114)

Vor einem Jahr habe sie ihre Gebärmutter entfernen lassen. Sie vergleicht den Eingriff mit der LEEP-Operation:

„Das war ein ganz anderer Umgang. Also da sind die Ärzte ganz anders mit mir umgegangen und haben nochmal einen Doppelcheck gemacht, haben sich nochmal vergewissert, haben auch nochmal gefragt, was gemacht wird. Es wurde auf mich eingegangen, es wurde Musik gespielt, also beruhigende Musik wurde gespielt. Ich habe darum gebeten, die Braunüle nicht in die Hand zu bekommen, sondern in den Arm, weil mir das sehr–, weil es sehr schmerzhaft war, darauf wurde eingegangen. Also es wurde komplett auf mich als Frau, als Mensch eingegangen und das war ein ganz anderes Erlebnis, als ich damals zum Beispiel hatte.“ (B03: 88)

Gegen den Rat der Ärzt*innen habe sie den Gebärmutterhals erhalten lassen, weil sie das Erleben in der Sexualität nicht habe missen wollen. In ihrer Wahrnehmung sei die Gebärmutter immer noch Teil ihres Körpers: „[Ich] halte auch noch heute meine Hand darauf und verbinde mich damit auch. Und das Organ ist weg, aber das hat keinen Einfluss auf meine Weiblichkeit und auf meine Sexualität“ (B03: 114).

4.2.3.2 Interpretation und Würdigung

Die anfängliche Taubheit nach dem Eingriff, die sich wieder normalisierte, lässt sich als natürlicher Heilungsverlauf nach Nervenreizung verstehen. Der Fall zeigt, dass eine Konisation nicht zwangsläufig zu einer bleibenden Desensibilisierung führt. Vielmehr liegt die Deutung nahe, dass eine vormals schmerzhaft Zervix – hier vermutlich auch durch die unerkannte Adenomyose mitbedingt²⁵ – nach Entfernung von Gewebe eine andere körperliche Ausgangslage bieten kann, in der Berührung nicht mehr primär Schmerz auslöst, sondern in einen lustvollen Zusammenhang gebracht werden kann. Die Konisation selbst, obwohl als technischer und emotionaler Übergriff erfahren, könnte in diesem Fall eine mechanische Entlastung an einer chronisch druckbelasteten Stelle bewirkt und so dazu beigetragen haben,

²⁵ Adenomyose führt zu einer Verhärtung und Verdickung und in diesem Fall auch zu einer deutlichen Vergrößerung der Gebärmutter, was den mechanischen Druck auf die Zervix und ihre Position veränderte. Dies bedingte oder verstärkte vermutlich die Dyspareunie beim tiefen Aufnehmen in bestimmten Stellungen. Auch die Komplikationen bei Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt lassen sich medizinisch mit einer Adenomyose in Verbindung bringen.

dass die Zervix nicht mehr als Schmerzquelle gemieden wurde, sondern als Lustzone erschlossen werden konnte.

Dass B03 heute ihre Zervix als bewusst erlebten Lustbereich beschreibt, ist dabei nicht nur Folge einer rein anatomischen Veränderung, sondern spiegelt vor allem einen langen, aktiven Aneignungsprozess wider. Sie hat gelernt, ihre Grenzen wahrzunehmen, ihre Wünsche zu kommunizieren und mit sich selbst in einen achtsamen Kontakt zu treten. Diese Prinzipien werden im Sexocorporel als zentrale Ressourcen sexueller Entwicklung beschrieben. B03 selbst benennt dabei den Zusammenhang zwischen bewusstem Erkunden, der Erlaubnis von Langsamkeit, der Integration von Körper und Emotion und dem „weiblichen All-over-Erlebnis“ (B03: 106). Diese Verbindung von somatischer Präsenz, emotionaler Tiefe und spiritueller Bedeutungsgebung illustriert, wie Sensemaking und die Idee der Körper-Geist-Ver-schränkung Gestalt annehmen können.

Der Verlauf über zwanzig Jahre zeigt, dass die Zervix nicht isoliert als sexuelles oder reproduktives Organ betrachtet, sondern als zentraler Ort weiblicher Körpererfahrung verstanden werden kann. Die Unzufriedenheit mit der frühen, mechanischen Behandlung kontrastiert sie selbst mit der späteren, fürsorglich begleiteten Entfernung der Gebärmutter. Diese Erfahrung bekräftigt, dass medizinische Eingriffe an symbolisch stark aufgeladenen Organen nicht nur körperlich, sondern auch auf der Ebene von Selbstbild, Identität und Körperlust wirksam sind. Eine achtsame, zugewandte medizinische Praxis kann zudem entscheidend dazu beitragen, dass Frauen ihre Sexualität nicht als beschädigt, sondern als transformierbar erleben.

4.2.4 B04: „Ich fühlte mich wie im Scherbenhaufen.“²⁶

4.2.4.1 Widergabe des Interviews

B04 habe die HPV-Diagnose erhalten, nachdem sie während der Covid-19-Pandemie über eineinhalb Jahre nicht bei der Krebsvorsorge gewesen sei. Ihre Gynäkologin habe sie ohne Maske nicht untersucht, sondern ihr nur das Rezept für die Antibabypille vor die Praxistür reichen lassen.

„Und dann war es halt irgendwann mal im Winter, dass sie gesagt haben: ‚Ja, jetzt ist Corona vorbei und jetzt müssen Sie heute und sofort zu dieser Krebsvorsorge!‘ Und da ist es bei diesem PAP-Abstrich dazu gekommen, dass ganz viele HPV-Sorten, fünf oder sechs, entdeckt wurden und eine CIN 1 vorhanden war.“ (B04: 24)

Die Gynäkologin habe sie zur Dysplasiesprechstunde schicken wollen, doch sie habe lange versucht, mit „Hausmittelchen“ (B04: 28) aus dem Internet, Nahrungsergänzungsmitteln,

²⁶ (B04: 44)

Aufbau des Immunsystems und „Yoni-Steaming“ (ebd.) eine Heilung zu bewirken. „Da habe ich tatsächlich alles gegeben in dieser Zeit“ (B04: 102). Doch ein halbes Jahr später sei beim Abstrich eine CIN 2 und ein weiteres halbes Jahr später eine CIN 3 festgestellt worden. Daraufhin habe sie sich in der Dysplasiesprechstunde vorgestellt:

„Das war ganz furchtbar, weil die Ärztin–. Ich war ja nicht vorbereitet, dass ich danach todkrank und arbeitsunfähig für lange Zeit bin. Und eigentlich wurde mir gesagt, es wird nur was angeguckt. [...] Und wie mit so einer Pinzette so ein paar Hautschüppchen genommen. Aber ohne weitere Absprache hat sie halt mit dem Skalpell große Dinge abgetragen. Und das hat furchtbar geschmerzt, das hat furchtbar geblutet.“ (B04: 28 – 30)

Als Selbständige habe B04 normalerweise volle Arbeitstage. Nach der Biopsie sei sie jedoch eine Woche lang arbeitsunfähig gewesen und danach „wirklich ganz lange durch den Schock sehr krank. Also da bin ich halt viel länger ausgefallen als bei der Konisation dann selbst“ (B04: 32). Ein halbes Jahr später habe sie sich erneut einer Biopsie unterzogen. Da sie eine andere Ärztin habe konsultieren wollen, sei sie diesmal in ein Krankenhaus gegangen:

„Mit dem Ergebnis davon, dass–, dann waren wir schon irgendwie bei vier oder so. Und dann haben sie mir halt gesagt, das wäre jetzt kurz vor übelstem Krebs und dass ich jetzt keine Chance mehr hätte, außer dieser Konisation zuzustimmen. [...] In der Zwischenzeit halt immer die Hoffnung oder der Wunsch, dass es in die Besserung gehen könnte, gehen möge. Also ich hatte die ganze Zeit tatsächlich nicht damit gerechnet, dass es sich weiter verschlechtert. Ich war felsenfest davon überzeugt, dass es irgendwann heißt: Super, top, jetzt alles weg und verschwunden.“ (B04: 32 – 34)

Schließlich habe sie die LEEP-Konisation und einen Monat später eine Nachresektion²⁷ vornehmen lassen:

„Bei der ersten Konisation ging es mir zwei Tage nach der OP super, super gut. Dass es dann zu Blutungen oder Nachblutungen um den zehnten Tag herum kommen kann, habe ich später im Internet, in Facebook-Gruppen, wieder England, USA gelesen. Da wurde mir von deutscher Seite aus nichts gesagt, weder von der Gynäkologin noch im Krankenhaus. Da war ich echt genervt und schockiert. Und vor allen Dingen war es irgendwie am Tag drei nach der ersten Konisation klar, dass noch eine zweite erfolgen müsse. Aber es war gar nicht in Kontakt zu kommen mit dem Krankenhaus, mit den Ärzten, weil ich hätte es gerne sofort gemacht und nicht einen Monat später, als der Heilungsprozess eigentlich schon sehr weit fortgeschritten war. Dann sozusagen bin ich ja für alles Mögliche dann nochmal länger ausgefallen und ich hatte sozusagen gerade wieder angefangen zu arbeiten, als dann plötzlich Tag zehn mit dieser Blutungsgeschichte losging.“ (B04: 80)

Sie habe versucht, den Arbeitsausfall möglichst gering zu halten, sei aber dennoch in finanzielle Schwierigkeiten geraten:

„Ja, es ging mir dann auch finanziell halt sehr, sehr, sehr, sehr, sehr schlecht. Und es war richtig, richtig blöd. Rechnung konnten nicht bezahlt werden. Und mir ging es auch emotional sehr schlecht, weil in dem Krankenhaus wurde sehr viel gelogen.“ (ebd.)

Sie habe den Operationsbericht angefordert und erfahren, dass beide Eingriffe nicht von der Ärztin durchgeführt worden seien, die gesagt habe „Ich habe Sie operiert“ (ebd.), sondern dass diese die Aufsicht geführt habe, während eine Assistenzärztin operiert habe. „Und das,

²⁷ Wenn die Ränder des entnommenen Kegels noch veränderte Zellen aufweisen, wird der Eingriff wiederholt, um diese vollständig zu entfernen.

das ist natürlich –, da ich eh nicht so ein Vertrauensmensch bin, was Ärzte betrifft, hat mich das total schockiert“ (B04: 82).

Der Gebärmutterhals habe vor dem Eingriff keine große Bedeutung für sie gehabt, weder bei den Geburten ihrer beiden Kinder noch in der Sexualität; andere Bereiche seien wichtig gewesen:

„Also auf jeden Fall der G-Punkt, das Innere der Yoni und auch Berührung um den Yoni-Eingang herum. Brustwarzen, Klitoris waren und sind eher unwichtig. Also, der innere Bereich der Yoni, der Vagina ist auf jeden Fall der Lustvolle. Der Muttermund aber nicht“ (B04: 74).

Sie habe einen anderen Grund gehabt, den Eingriff hinauszuzögern: „Ich habe aber großen Widerstand gegen Operationen oder gegen Messer. Also, dass da an mir was rumgeschnitten wurde, das hat mir großes Unbehagen gemacht. Also, das fand ich einfach doof“ (B04: 62). Anatomisch sei ihr die Zervix vertraut gewesen, sie beschreibt sie „wie so eine Rosette“ (B04: 64), „rund mit so einer kleinen Öffnung darin“ (B04: 66). Ihr Interesse sei eher forschend gewesen; sie habe viele Jahre vor dem Eingriff getastet,

„dass der nicht mehr gleichmäßig war, sondern dass da dieser Huckel war. [...] Also, ich habe sozusagen wahrscheinlich das Übel schon viele Jahre vorher auch ertastet gehabt, als es aber bei den Vorsorgeuntersuchungen noch nicht aufgefallen gewesen war.“ (B04: 54 – 56)

Seit der Konisation habe sie sich noch nicht wieder getraut, die Zervix zu fühlen.

Die Informationen, die sie vom medizinischen Personal zur HPV-Infektion und dem Eingriff erhalten habe, seien widersprüchlich gewesen und hätten nicht mit dem übereingestimmt, was sie erlebt habe. Auch bei ihren Recherchen in englischsprachigen Foren habe sie zum Teil konträre Informationen gefunden. Ihrer Wahrnehmung ihres Gebärmutterhalses sei widersprochen worden:

„Ich meine schon, dass er Gefühl hat, dass er Nerven hat, dass er Berührungen spürt, Schmerzempfinden hat. Und da war ich dann sehr erstaunt oder erschrocken, dass die Gynäkologen mir sagen: ‚Da gibt's keine Nervenenden, das ist unmöglich, Sie können da gar keine Schmerzen empfinden. Ich hab das studiert, ich muss das doch besser wissen als Sie!‘“ (B04: 48)

B04 sei geschieden und lebe in einer offenen Fernbeziehung. Ihre Sexualität beschreibt sie wie folgt:

„Also, vor Bekanntwerden der Krankheit war es sehr, sehr leicht, sehr locker, sehr unbeschwert, sehr fröhlich. Ich habe auch Erfahrungen mit verschiedenen Partnern gesammelt. Ich habe mir nie Ängste oder Sorgen um Hygiene oder sowas gemacht.“ (B04: 70)

In der Zeit zwischen Erstdiagnose und Konisation sei sie in kurzen Abständen bei ihrer Gynäkologin gewesen:

„In den Kontrollen habe ich dann auch gehört: ‚Ja, der Muttermund sieht so gerötet oder wie so entzündet aus.‘ Und dann dachte ich: Okay, vor der nächsten Kontrolle sollte ich vielleicht eine Woche abstinert sein, damit da alles (lacht) unbenutzt aussieht.“ (ebd.)

Da sie sich alle zwei bis drei Monate auf sexuell übertragbare Krankheiten habe testen und fünfzehn Jahre zuvor gegen HPV habe impfen lassen, habe sie sich sicher gefühlt. Das habe sich durch die Diagnose schlagartig geändert:

„Und irgendwann habe ich dann mal erfahren, dass in diesen Tests beim Gesundheitsamt [...] dass HPV nicht getestet wird. Und dann war ich so schockiert, ich war total entsetzt. Dann habe ich noch lernen müssen, dass Männer in Deutschland ja sowieso niemals getestet werden können, dürfen, werden. Und dann ist für mich wie so ein Weltbild zusammengebrochen, weil alles das, worauf ich mein Wissen über Sexualität aufgebaut gehabt hatte, ist wie so ein Kartenhaus komplett in sich zusammengestürzt.“ (B04: 40)

Was sie herausgefunden habe, sei relevant für ihr Privatleben gewesen: „Ich fühlte mich wie im Scherbenhaufen [...] meines Privatlebens.“ (B04: 44) Vor allem in ihrer Beziehung sei es kompliziert gewesen:

„Mein Partner und ich, wir haben halt früher keine Kondome benutzt. Und wie das dann auf die erste Biopsie hin–. Er hat das Ganze auch das erste halbe, dreiviertel Jahr nicht wahrgenommen oder nicht ernst genommen oder, ja so ein bisschen wie so ignoriert. Und dann kam auf einmal der Zeitpunkt, wo er sagte: ‚Nur noch mit Kondom, ich will mich ja nicht anstecken, du bist ja krank.‘ [...] Und dann habe ich gedacht: Ja, aber wenn ich es habe, dann hättest du es zu einem großen Prozentsatz ja auch schon längst gehabt. Und das hat dann doch zu langen, nachhaltigen Konflikten geführt.“ (B04: 70 – 72)

Hinzugekommen sei, dass er sich in der Vergangenheit „sehr unschön“ (B04: 100) über eine Frau geäußert habe, die „komplett kaputtgeschnitten“ (ebd.) worden sei. „Und, ja, das, das habe ich dann so auch so auf mich auch bezogen. Und (..) ist halt dann kein schönes Gefühl“ (ebd.). Nach der Biopsie habe sie über ein halbes Jahr lang keine Sexualität leben können, habe keine Lust oder Erregung empfunden und sich in ihrem Körper sehr unwohl gefühlt. „Da hatte ich schon das Gefühl, dass es Taubheit im Inneren ist, überall“ (B04: 88). Nach der Konisation habe sie eine „große klaffende Wunde“ (B04: 46) gehabt, deren Abheilung acht Wochen gedauert habe. Inzwischen, ein Jahr nach dem Eingriff, beschreibt sie ihre Empfindungsfähigkeit als unverändert; sie habe auch keine Schmerzen. Nachdem sie ihr Sexualleben für einige Zeit auf die Partnerschaft beschränkt habe, gehe sie wieder Außenkontakte ein und stelle fest:

„Mit fremden Partnern oder Gelegenheitspartnern genauso wie früher. Es hat sich nichts geändert. Ich bin gleich lustvoll, ich bin gleich feucht. Obwohl inzwischen klar ist, ich bin auch während dieser Zeit komplett durch die Wechseljahre. [...] Aber die Sexualität mit dem eigenen Partner ist nach wie vor sehr eingeschränkt. Also er besteht weiterhin auf Kondome, die Intensität hat sich geändert, die Lust, die Häufigkeit, das ist also sehr eingeschlafen oder abgeschwächt.“ (B04: 86).

Ihr sei unklar, warum die Sexualität mit ihrem Partner „abgeflacht“ (B04: 112) sei; sie äußere ihren Unmut „in regelmäßigen, kurzen Abständen“ (ebd.). Die Einschränkungen belasteten sie: „Also es ist ja auch so, dass ich mich dann weniger gewollt fühle. Oder ich fühle mich nicht ganz. Ich fühle mich sozusagen durch die Krankheit oder durch die Ärzte ja wie verstümmelt, kaputtgeschnitten“ (B04: 96). Sie sei froh, dass es bei anderen sexuellen Kontakten, die nicht „wissen, dass Dinge aus mir herausgeschnitten wurden“ (B04: 98), anders sei.

Das zeige ihr, „dass es nicht an mir liegt, dass nichts wirklich dauerhaft kaputt gegangen ist“ (B04: 86). Auch die Verunsicherung und der Vertrauensverlust, den sie im Kontakt mit dem medizinischen Personal erlebt habe, wirkten nach und sie mache sich Sorgen, wie es mit ihrer Gesundheit weitergehe. In ihrem Umfeld habe sie sich mit niemandem über diese Themen ausgetauscht. Sie fände es gut, wenn es in gynäkologischen Praxen Vortragsrunden oder Gruppensprechstunden gäbe, in denen Frauen sich informieren könnten. Auf die Frage, ob sie sich eine andere Aufklärung über die Folgen der Konisation für ihre Sexualität gewünscht hätte, reagiert sie mit Lachen.

4.2.4.2 Interpretation und Würdigung

Der Fall von B04 veranschaulicht in besonderer Weise, wie sehr HPV-Diagnosen, Screening-Praxis und Behandlungsverläufe mit biografischem Sensemaking und sexueller Selbstwahrnehmung verwoben sind. Ihr Vertrauen in Prävention war groß, indem sie sich impfen ließ, sich regelmäßig auf sexuell übertragbare Krankheiten testete und davon ausging, damit geschützt zu sein. Ihr verantwortungsvolles Handeln war indes nicht ausreichend, weil die Impfung keine vollständige Sicherheit bietet, HPV in Deutschland in STI-Tests standardmäßig nicht enthalten ist und Männer routinemäßig gar nicht darauf getestet werden²⁸. Das erschütterte ihr Vertrauen in ihre bisher als sicher erlebten sexualethischen Orientierungshilfen und lässt sich als Störung der Verstehbarkeit im Sinne der Salutogenese deuten: B04 fand keine kohärente Erklärung mehr, die es ihr ermöglicht hätte, ihre Sexualität angstfrei zu integrieren. Dieser Bruch, verbunden mit dem Negieren ihrer Wahrnehmung („keine Nervenenden“ (B04: 48) vs. eigenes Empfinden), widersprüchlichen Informationen, unflexiblen, intransparenten Abläufen und mangelnder Nachsorge, schwächte ihre Bereitschaft, dem medizinischen System zu vertrauen. Dieser Prozess begann möglicherweise schon während der Covid-19-Pandemie, als ihr der Zugang zur Vorsorgeuntersuchung verwehrt war. Die Diagnose erschütterte nicht nur ihr Vertrauen ins Gesundheitswesen und ihr sexuelles Sicherheitsgefühl, sondern bedrohte auch ihre berufliche Existenz. In ihrem Fall sind Körperwissen, gelebte Sexualität und finanzielle Sicherheit eng verwoben, was ihre Verletzlichkeit in dieser Situation verstärkte.

Besonders einschneidend wirkte hier nicht die Konisation, sondern die vorangegangene Biopsie: Sie wurde ohne ausreichende Aufklärung, Einverständnis und Vorbereitung durchgeführt, war schmerzhaft, belastend und führte dazu, dass die Teilnehmerin ihre Sexualität

²⁸ In Deutschland gibt es bislang keine standardisierte HPV-Diagnostik für Männer. Die Ständige Impfkommission empfiehlt die Impfung seit 2018 auch für Jungen (Robert Koch-Institut, 2018); ein routinemäßiges Screening existiert jedoch nicht.

lange Zeit nicht leben konnte. Diese Erfahrung wirkt wie ein erzwungener Grenzübertritt, der ihre Autonomie und Körperhoheit verletzte. Bemerkenswert ist, dass B04 keine sensorischen Veränderungen wahrnimmt, obwohl bei ihr aufgrund der weiter fortgeschrittenen Dysplasien und der Nachresektion vermutlich ein größerer Kegel entfernt wurde als bei anderen Interviewpartnerinnen. Dies könnte mit der individuellen neuroanatomischen Variabilität der Zervixinnervation erklärt werden. Ebenso gut könnte der Grund darin liegen, dass die Zervix für sie schon vor der Operation sexuell kaum relevant war.

Umso größer wirkt der Einschnitt in der Beziehungsdynamik: Ihr Partner reagierte mit Abwertung, Schuldzuschreibung und Entsexualisierung. Dass er sexuelle Handlungen nur noch mit Kondom ausüben möchte und B04 als „krank“ (B04: 70) markierte, zeigt, wie stark misogyn geprägte Narrative von Reinheit und Verantwortung wirken. Er externalisiert Verantwortung, wobei es wahrscheinlich ist, dass er das Virus ebenfalls trägt. Dieses Muster der symbolischen Schuld weist die Bürde der Infektionsvermeidung, der Prävention und der moralischen Reinheit allein der Frau zu. Damit wird sichtbar, dass die Bedeutung einer Konisation nicht allein im Gewebe, sondern ebenso in kulturellen Narrativen verhandelt wird. Dass sie vor dem Abstrich auf Sex verzichtet, damit der Muttermund „nicht so benutzt aussieht“, zeigt, wie tief Reinheits- und Schamdiskurse wirken können,²⁹ die sie andererseits durch ihr Handeln immer wieder infrage stellt. Dass sie ihre Lust- und Empfindungsfähigkeit bei anderen Partnern unverändert erlebt, ist eine zentrale Ressource. Sie ermöglicht ihr, ihre Sexualität jenseits der Paarbeziehung zu bewahren, sich als sexuelles Wesen zu erleben und ein Stück Selbstbestimmung zurückzugewinnen.

Der Fall B04 macht deutlich, wie nötig differenzierte Aufklärung, achtsame Indikationsstellung und ein konsistenter, traumasensibler Umgang mit invasiven Diagnostik- und Behandlungsverfahren sind. Andernfalls können sich medizinische Standardprozeduren, die ohne Konsens und Kontext durchgeführt werden, als tiefgreifende Körper- und Selbstwertverletzungen mit weitreichenden Folgen für sexuelle Gesundheit und Beziehungsgestaltung in die Biografie einschreiben.

²⁹ Siehe Kapitel 2.4.1 zu den psychosozialen Auswirkungen der HPV-Diagnose.

4.2.5 B05: „Als wäre mein Musikinstrument massiv beschädigt worden.“³⁰

4.2.5.1 Widergabe des Interviews

Mehrere Jahre, bevor bei B05 eine Konisation durchgeführt wurde, seien Zellveränderungen festgestellt worden, die sich „im mittleren Rahmen“ (B05: 16) bewegten:

„Und mein Frauenarzt hat mich eben gefragt, ob das für mich okay wäre, wenn ich einfach öfter zur Untersuchung komme, also viermal im Jahr und dann–, dass wir dann eben abwarten. [...] Und dann gab es irgendwann mal einen Sprung, wo mein Frauenarzt eben gesagt hat, jetzt würde er mir zur OP raten. (.) Und ich hatte noch so ein bisschen mich erkundigt bei einigen Heilpraktikerinnen, die ich kenne. Und ich hatte davor auch schon ein bisschen ausprobiert Dinge und habe dann aber eben auch gemerkt, dass ich durch eine bestimmte Angst dann einfach gesagt habe: Okay, ich mache das jetzt mit der Operation.“ (ebd.)

Die Zeit, in der sie die Dysplasien beobachtet habe, sei mit einer Phase zusammengefallen, in der sie in „einer hochkomplizierten, (.) heutzutage würde man wahrscheinlich sagen, toxischer Beziehung (B05: 22) gelebt habe. Das habe sie verunsichert und sie habe sich Gedanken gemacht, wie sie auch auf anderer Ebene Einfluss auf das Geschehen in ihrem Körper habe nehmen können: „Ich habe halt dann versucht herauszufinden, was gibt es auf der psychologischen Ebene oder was gibt es noch an Alternativen? (.) Wie könnte ich damit umgehen?“ (B05: 20) Ihr Partner habe Probleme damit gehabt, wenn sie ihre Menstruation hatte und sei auch in der Sexualität nicht so frei und unbefangen „an Sachen heran[gegangen]“ wie sie. Am Ende habe „eine ganz, ganz schwierige, für mich eine sehr hochdramatische Trennung“ gestanden (B05: 22). Danach habe sie den Mann kennengelernt, mit dem sie seitdem zusammen und inzwischen verheiratet sei. Für sie gebe es einen Zusammenhang:

„Ich glaube, ich habe in der Zeit, wo ich mit dem Partner zusammen war, wo es so kompliziert war, habe ich ja Therapie angefangen und da habe ich natürlich irgendwie versucht, da–. Für mich gibt es immer riesengroße Zusammenhänge. Ich sehe meinen Körper halt als Teil einer großen–. Also ich beziehe Psychologie mit ein oder ich frage mich natürlich dann auch immer: Was will mein Körper mir eigentlich sagen und erzählen? Inwieweit habe ich eventuell auch Grenzen übertreten? Also ich sehe immer jede Krankheit in meinem Leben auch als eine Grenzsetzung oder als eine rote Ampel, die mir mein Körper zeigt und sagt, er will, dass ich mich um mich, um ihn kümmere. Insofern gab es das alles da. Aber wie das dann manchmal auch so ist, es gibt ja nicht einfach so ein Umswitchen von: Ah, ich habe es jetzt begriffen und jetzt ändert sich alles, sondern–. Auch dann zu Beginn mit meiner neuen Beziehung war ich total glücklich und es hat trotzdem jetzt nicht diese Art von Werten irgendwie radikal verändert.“ (B05: 24)

Sie habe sich mehr Gedanken über die Gründe für die Zellveränderungen als über mögliche Folgen für ihre Sexualität gemacht.

„Es war mir schon klar, da wird–, also, man kriegt es ja auch richtig gezeichnet, sozusagen, wie der Schnitt dann verläuft. Und insofern war mir schon klar, dass da was weggeschnitten wird und irgendwie war mir klar, dass da in meinem Bewusstsein was passieren wird. Aber ich glaube, es war mir so–, das war noch ein kleiner Gedanke, sagen wir mal so.“ (B05: 28)

³⁰ (B05: 54)

Auch in der Aufklärung über den Eingriff habe das Thema keine Rolle gespielt: „Die hatten eher so was Zuversichtlich, so von wegen: Ja, und dann wird es auch wieder super werden mit Kinderkriegen. (lacht) (.) So, also so in der Richtung ging das dann. So, Optimismus“ (B05: 30). Vor der Konisation habe B05 eine Fehlgeburt und eine Eileiterschwangerschaft gehabt. Sie könne sich nicht erinnern, über mögliche Risiken der Konisation für Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt aufgeklärt worden zu sein. Ihr Verhältnis zu ihrem Körper beschreibt sie als sehr gut. Sie habe sich gerne untersucht und auch den Gebärmutterhals schon betastet. Ihre Vorstellung von ihm sei positiv besetzt gewesen, jedoch ohne konkrete Bilder oder Worte.

„Und ich glaube, weil ich da so ein positives Verhältnis dazu hatte, war ich ein bisschen naiv, was diese, was diese OP angeht. Also wo ich dann einfach so dachte: Okay, dann ist es halt so ein bisschen wie einen Leberfleck entfernen, der irgendwie nicht gut aussieht. Also ich glaube da, genau an der Stelle war ich ein bisschen naiv. Und vielleicht auch, weil ich ansonsten ein [...] großes Vertrauen in meinen Körper habe.“ (B05: 34)

Ihre sexuelle Biografie beschreibt B05 mit einem „Vorher, nachher, nachher“ (B05: 48). Sie schildert, dass sie „onaniert“ (ebd.) habe, so lange sie sich erinnern könne und mit zwölf Jahren von zwei studentischen Nachhilfelehrerinnen aufgeklärt und angeregt worden sei, ihre Sexualität selbstbestimmt zu leben und dabei „ganz sensibel auf mich selber zu hören“ (ebd.). In ihrer Pubertät habe sie viel mit Gleichaltrigen experimentiert und ihren und andere Körper kennengelernt. Sie habe früh entdeckt, wie sie einen Orgasmus bekommt und eine „Dauerneugierde mitgebracht, was das ganze Thema angeht“ (ebd.).

„Und es war wirklich ein Bereich, der mir einfach wahnsinnig Spaß gemacht hat. Ich muss dazu sagen, ich habe auch eine ganze Weile lang polyamor gelebt, sehr offen, sehr freizügig und ich habe einfach auch Sexualität mit sehr vielen Menschen gehabt, auch mit Frauen und das hat mich unglaublich bereichert. Also, ich würde sagen, ich habe da [...] einen ungewöhnlichen Werdegang mit meiner Sexualität.“ (ebd.)

Die Konisation sei anders verlaufen als geplant:

„Also ich war ungewöhnlich lange unter dem Messer, [...], die sind mit der Kamera in die Gebärmutter rein, und bei mir gab es irgendwie eine Art von Wand, die sich da innerhalb der Gebärmutter gebildet hatte. Keine Ahnung, wodurch, wieso, die war einfach da und die haben die beschlossen, während der OP sozusagen mit abzutragen. Und ich habe dann danach auch gefragt, ob ich das Foto haben könnte, von der Kamera, was sie da aufgenommen hatten. Ich hatte danach eine irre lange Blutung. Also, ich habe ungefähr einen Monat lang ziemlich heftig geblutet, konnte zu dem Zeitpunkt dann auch nicht arbeiten.“³¹ (B05: 54)

Durch die Entfernung des Septums habe der Eingriff doppelt so lange wie geplant gedauert. Als sie aus der Narkose aufgewacht sei, habe sie als Folge der langen Narkose eine halbe Stunde lang Schüttelfrost gehabt. Sie sei froh gewesen, dass ihr Partner da gewesen sei, um

³¹ Sie beschreibt ein Gebärmutterseptum, eine angeborene Fehlbildung, bei der eine Scheidewand (Septum) die Gebärmutterhöhle teilweise oder komplett in zwei Teile teilt.

sie zu unterstützen. Es habe sich ein langer Heilungsprozess angeschlossen, der in mehreren Phasen verlaufen sei:

„Ich bin bei solchen Eingriffen –, im Moment des Stattfindens bin ich da relativ obercool. Also, ich hab da eine Form dann, erst mal so Gefühle hinten anzustellen und einfach mit dem –, mit der Operation an sich klarzukommen. (.) [...] dann in dem Moment, wo der–, wo das krass wird, schaltet mein Kopf einfach um auf Durchzug, also auf einfach erst mal nur gucken, wie man da gut durchkommt. Und die Bewältigung, die ist eigentlich dann immer erst danach. Also, dann kommen Sachen hoch.“ (B05: 54)

Später beschreibt sie die psychische Auswirkung des Eingriffs so:

„Oder wenn ich es nochmal anders versuchen würde, als Bild zu fassen, dann war es wie was Verpacktes, was sich auch erst mal geschützt hat über die Verpackung. Und dann sozusagen, glaube ich, habe ich eben so versucht, diese ganze Geschichte wieder zu entpacken oder zu entblättern oder was weiß ich. Aber in der Zeit selber war das wie, als hätte sich meine Schnecke in ein Haus zurückgezogen und erst mal verschlossen, um damit irgendwie fertig zu werden.“ (B05: 80)

In dem Jahr nach dem Eingriff, während sie das Geschehen verarbeitet habe, sei ein Bild immer wieder aufgetaucht:

„Ich hatte plötzlich so das Gefühl, diese Wand, die in der Gebärmutter drin war, oder dieses Häutchen, dass das eigentlich wie bei einem Musikinstrument was war, was vorher mitgeschwungen und mitgespielt hat und durch die Entfernung mir einfach ein entscheidender Teil fehlte von dem, was vorher da war. Und das habe ich wirklich interessanterweise einfach an diesem Häutchen festgemacht. Und ich kann auch nicht sagen, warum ich diesen Eindruck hatte, aber ich hatte wirklich so das Gefühl, als wäre mein Musikinstrument beschädigt, also massiv beschädigt worden.“ (B05: 54)

Mit dem Musikinstrument meine sie auch ihre Sexualität:

„Also von meinem eigentlich für mich wirklich paradiesischen Zustand von: Mit mir selbst umgehen und Orgasmen haben und so, war ich erstmal an dem Punkt, wo ich einfach gedacht habe: Das kann nicht sein, wie taub! Ich fühlte mich taub, wirklich, also eine sehr lange Zeit.“ (B05: 50)

Vor dem Eingriff seien viele Bereiche ihres Körpers erogen und relevant für Erregung gewesen, auch die Zervix:

„Also, da gibt es für mich sozusagen einen Lustpunkt. Gerade auch, wenn man den mit Vibrator oder Penis berührt, dass da sozusagen auch wie eine kleine Explosion stattfindet, was ich sehr schön fand. Und, genau, das war natürlich dann auch erstmal so gefühlt weg.“ (B05: 52)

Probleme bei der Lubrikation verneint sie, beschreibt aber eine „Empfindungsunfähigkeit in dem ganzen Bereich“ (B05: 62). Als Orgasmen wieder möglich gewesen seien, habe sie sie anders als zuvor erlebt:

„Und auch, dass ich zwar wusste, wie ich relativ schnell auf eine bestimmte Art und Weise zum Orgasmus kommen kann, über Reibung, aber dass ich die Dimension dieses–, von diesem Orgasmus als unglaublich kleinlich, also als so eine kleine Empfindung einfach nur gesehen habe und gemerkt habe, irgendwie ist da–, fehlt da so was Größeres.“ (ebd.)

Dieses fehlende „Größere“ beschreibt sie wie folgt:

„Und die ersten (.) vorsichtigen Orgasmen waren so wie–. Ja, also aus, aus dem reichhaltigen Œuvre, was ich vorher hatte, war das so, (...) als würde ich plötzlich nur noch auf fünf Prozent laufen. Und auch–, ich hatte meine Orgasmen immer erlebt, als wirklich so eine Verbindung mit dem Universum. Ich habe mich oft wie angedockt an die Unendlichkeit gefühlt. Also im Grunde genommen spirituell. Und es war einfach in diesem ersten Jahr danach wie weg. Also ich–, das war so, als hätte ich keine Connection mehr zu dieser größeren Dimension.“ (B05: 54)

Sie habe nicht eingesehen, auf das zu verzichten, was sie vorher gehabt habe und habe angefangen, „ständig zu üben“ (B05: 54) und sich „Schritt für Schritt“ (B05: 70) vorzutasten:

„Also auch erstmal dann gucken: Wie kann man mit mehr Berührung erogene Zonen wieder sensibilisieren, die sich wie taub anfühlten. Und also sowieso ganz viel mit meinem Partner darüber reden. Also ich finde sowieso, das war halt eines von den wichtigsten Sachen überhaupt, dass es wichtig ist, so viel wie möglich darüber zu reden. Um dann rauszufinden, wie kann man sich gegenseitig guttun. Geht's auch erstmal um Selbstliebe? Also (Name des Partners) und ich haben dann einfach sehr viel gegenseitig Selbstliebe sozusagen unterstützend (lacht) gemacht.“ (ebd.)

Die Heilpraktikerinnen, die sie in dieser Zeit betreut hätten, hätten Verständnis gezeigt, wenn sie von den Veränderungen in ihrem sexuellen Erleben berichtet habe. Mit ihren Ärzt*innen habe sie darüber nicht gesprochen; sie sei dafür „wahrscheinlich ein bisschen zu sehr self-made“ (B05: 100) und daran gewöhnt, sich eigenständig auf die Suche nach Lösungen zu begeben. Sie sei stolz auf die Regenerationsfähigkeit ihres Körpers und froh, schon vor dem Eingriff in ihre sexuelle Entwicklung investiert zu haben: „Aber ich glaube, zum Beispiel, hätte ich vorher nicht diese ganz großen Dinge einfach schon gelernt, ich hätte keine Idee gehabt, wie ich da wieder rauskomme. Null. Also, weil das fühlte sich für mich fassungslos dumpf an“ (B05: 54).

Positiv sehe sie auch, dass die Konisation ein Anlass gewesen sei, sich intensiv mit ihrem Partner auszutauschen. Sie habe auch mit anderen Frauen viel über HPV gesprochen: „Und ich bin halt jemand, der dann anfängt, mit allen darüber zu reden“ (B05: 84). Fünf Jahre nach dem Eingriff sei erneut eine Eileiterschwangerschaft festgestellt worden. Danach sei klar gewesen, dass sie „ohne richtig großen medizinischen Eingriff“ (B05: 88) kein Kind mehr würde bekommen können; sie habe sich damit arrangiert.

In ihrer Sexualität sehe sie sich inzwischen wieder an dem Punkt, an dem sie vor der Konisation gewesen sei, aber „noch auf ganz anderen Ebenen“ (B05: 72). Nach wie vor sei sie dabei, sich weiterzubilden, Bücher zu lesen, an Frauengruppen teilzunehmen und sehr glücklich, dass in den letzten Jahren so viel neue Angebote entstanden seien. Ihr Fazit am Ende des Gesprächs lautet:

„Ich finde es gut, da nochmal darüber gesprochen zu haben. Also, weil das liegt jetzt wirklich lange her, aber ich weiß, dass es mich lange Zeit beeinflusst hat, also–. (.) Und auch–. Es gibt einfach bestimmte Momente, wo ich immer wieder an diese Eingriffe denke. Das ist bei mir jetzt einer von mehreren, aber ich weiß einfach, dass die (..) definitiv zu tief, tief gegangen sind.“ (B05: 106)

4.2.5.2 Interpretation und Würdigung

Der Fall von B05 illustriert die vielschichtigen Auswirkungen einer LEEP-Konisation auf das sexuelle Erleben und die Regenerationsfähigkeit nach einem umfassenden Reorganisationsprozess. B05 beschreibt die unmittelbaren postoperativen Veränderungen als eine komplette „Empfindungsunfähigkeit in dem ganzen Bereich“ (B05: 62), die sie nur als „taub“

(ebd.) charakterisieren kann. Diese sensorische Beeinträchtigung ging einher mit einem Verlust der orgasmischen Qualität: Die zuvor erlebte spirituelle Dimension ihrer Orgasmen – die „Verbindung mit dem Universum“ (B05: 54) und das Gefühl, „angedockt an die Unendlichkeit“ (ebd.) zu sein – war verschwunden. Das Bild ihres Körpers als „Musikinstrument“, das durch die OP „beschädigt“ (ebd.) wurde, ist dabei mehr als nur eine Metapher. Es verweist auf eine tiefe Verkörperung ihrer Sexualität und Lust als Schwingungsraum. Dieses Konzept entspricht Körper-Geist-Modellen wie dem Sexocorporel, in dem der Körper als Entstehungsort für lustvolle Empfindungen verstanden wird. Die Schilderung, dass ihre Orgasmen sich vorübergehend nur noch wie „fünf Prozent“ (ebd.) ihres ursprünglichen Empfindungsspektrums anfühlten, deutet auf eine Veränderung der sensorischen Integration hin, die mit Komisaruks Erkenntnissen zur neuralen Vernetzung der Zervix in Einklang steht: Werden sensible Areale verletzt oder entfernt, kann sich die Erregungsweiterleitung verändern oder vorübergehend blockiert sein. Die Tatsache, dass sie zwar technisch über klitorale Stimulation zum Orgasmus kommen konnte, aber die „größere Dimension“ (ebd.) fehlte, kann im Zusammenhang mit den Überlegungen in Kapitel 2.2.2 zur Bedeutung des Vagusnervs für bestimmte Formen des orgasmischen Erlebens gesehen werden. Wie schon in den anderen Fällen kann auch hier nicht beurteilt werden, ob die Ursache in einer Schädigung der Nervenendigungen lag oder die Reaktion auf die als überwältigend erlebte Operation (die durch den unerwarteten zusätzlichen Eingriff deutlich länger dauerte) war bzw. welchen Anteil diese Faktoren jeweils hatten. Das Bild der „Schnecke“ (B06: 80), die sich in ihr Haus zurückzieht, der Verlust der Schwingungsfähigkeit, das Gefühl von Dumpf- und Taubheit sowie der Prozess, ihre Gefühle zum Zeitpunkt der Operation zunächst „hinten anzustellen“ (B05: 54) und das Erlebte später zu „entpacken“ (B06: 80), lassen vermuten, dass sie eine traumabedingte Stressreaktion beschreibt.

Bemerkenswert ist, dass B05 nach einer psychodynamischen Deutungsebene sucht: Sie verbindet den körperlichen Eingriff mit der Frage nach psychischen Grenzen, Beziehungsmustern und der Rolle von Grenzüberschreitungen im Leben. Diese Haltung entspricht einer salutogenetischen Perspektive, in der Symptome nicht nur als Störungen, sondern auch als sinnstiftende Signale gelesen werden. Ihre Fähigkeit, „Vorher, nachher, nachher“ (B05: 48) zu unterscheiden, zeigt, wie aktiv sie sich selbst im Prozess des Sensemakings positioniert. Dass sie ihre Sexualität – trotz massiver Einschränkungen – nicht aufgibt, sondern Schritt für Schritt rekonstruiert, ist eine ausgeprägte Ressource. Sie kombiniert somatische Selbstfürsorge, die Wiederbelebung erogener Zonen und eine offene Paarkommunikation. Diese

mehrdimensionale Herangehensweise illustriert die Bedeutung von körperbasierter Sexualberatung, wie sie der Sexocorporel beschreibt: Körperwissen, Kommunikation, Selbstexploration und behutsames Neulernen von Empfindungsfähigkeiten gehen Hand in Hand. Bemerkenswert ist auch, dass B05 das Vertrauen in die Regenerationsfähigkeit ihres Körpers nicht verliert. In ihrer heutigen Einschätzung, wieder ein großes Spektrum zu haben und wieder an den Punkt gekommen zu sein wie vor der Konisation, aber auf ganz anderen Ebenen, manifestiert sich ein erfolgreicher Aneignungs- und Lernprozess. Diese Beschreibung zeigt, dass sexuelle Rehabilitation nach gynäkologischen Eingriffen nicht nur Wiederherstellung bedeutet, sondern auch Potenzial für Weiterentwicklung birgt.

4.2.6 B06: „Dieses Lustvolle, dass mir das auch zusteht.“³²

4.2.6.1 Widergabe des Interviews

B06 habe sich der LEEP-Konisation nicht wegen Dysplasie unterziehen müssen:

„Ich hatte Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und dann hat der gesagt: Da wächst irgendwie Schleimhaut aus der Gebärmutter nach außen und die kann man einfach entfernen.“ (B06: 18)

Die Schmerzen habe sie von früher nicht gekannt und sie seien nicht immer, sondern situativ aufgetreten, auch in bestimmten Stellungen wie der „Doggy-Stellung“ (B06: 84). Zudem habe sie ab und zu Zwischenblutungen gehabt und nach dem PAP-Abstrich habe der Muttermund geblutet. Ihr Gynäkologe habe gesagt, mit der Konisation könnten „beide Fliegen mit einer Klappe“ (B06: 78) geschlagen werden. Den Eingriff habe er ambulant in seiner Praxis durchgeführt. Details erinnere sie nicht mehr, auch nicht, ob sie eine lokale Betäubung erhalten habe. „Ich glaube, mir ist so, als wenn er gesagt hätte: Das geht so schnell, das lohnt sich nicht“ (B06: 98). Das Verhältnis zu ihm beschreibt sie als sehr vertrauensvoll:

„Also der war, dieser Gynäkologe, der war sehr pragmatisch und unprätentiös so. Menschlich war der schon nahbar auch, aber der hat halt aus diesen Sachen eben—. Der hat gesagt: Das machen wir so und so und das geht so und so und da hatte man das Gefühl, der versteht was von seinem Handwerk. Zu dem bin ich gewechselt, das ist derjenige, der mich entbunden hat und ich bin dann wirklich mit fliegenden Fahnen sozusagen von der Gynäkologin, wo ich vorher war, direkt [...] bei dem gelandet. [...] also ich habe dem sehr vertraut mit dem, was der so gemacht hat.“ (B06: 110)

Zur Situation nach dem Eingriff befragt, sagt sie: „Also, ich weiß, dass ich seitdem weniger Schmerzen habe“ (B06: 114). „Mit dieser Konisation bringe ich nur in Verbindung so: Ah, das war vorher sehr empfindlich und danach okay“ (B06: 120). Gedanken oder Sorgen wegen künftiger Schwangerschaften habe sie sich nicht gemacht, „eher im Gegenteil: Da bin ich repariert worden und jetzt ist alles wieder okay“ (B06: 166). Seit ihr Gynäkologe vor ein paar Jahren in Rente gegangen sei, sei sie bei seinem Sohn in Behandlung.

³² (B06: 142)

Eine besondere Bedeutung habe der Gebärmutterhals vor dem Eingriff nicht für sie gehabt.

Im Gespräch erinnert sie, dass sie ihn zuvor auch noch nicht selbst ertastet habe:

„Also meine Nichte ist meine Hebamme. Und die hat mir dann schon erzählt, wie der geöffnet–, also wie der sich langsam öffnet und so und wie weit er offen war und so. Und das war auch vorher irgendwie dann ein paar Wochen vor der Geburt, dass er zu weit offen ist, dass ich mich irgendwie ein bisschen zurückhalten soll und solche Sachen. Also das wurde thematisiert, aber–. Genau, und da kann ich vielleicht dann auch sagen, dass ich den damals wirklich vielleicht noch nicht ertastet hatte. Weil das war mir alles–, also jedenfalls bis zur Geburt war mir das alles nicht–, also da wurde davon gesprochen, aber da hatte ich nichts mit zu tun.“ (B06: 58)

Ihre Sexualität vor dem Eingriff beschreibt sie als „verschämt“ (B06: 66): „Also, hat stattgefunden, war teilweise lustvoll, aber es war nichts, was ich in irgendeiner Weise bereit war, in den Mittelpunkt zu rücken“ (B06: 68). Als lustvoll habe sie „nur die Klitoris, also die Perle“ (B06: 70) erlebt, die Zervix habe keine Bedeutung gehabt.

Viele Jahre später, nach der Scheidung und Fortbildungen zum Thema Sexualität, habe sie beim „Liebesspiel mit einem Mann, der daran rumgefummelt hat“ (B06: 128), ihre Zervix kennengelernt: „Und der mich dann irgendwie in irgendwelche Höhen katapultiert hat, die ich vorher noch nicht kannte“ (B06: 130). Auf die Frage, was das andere, besondere daran sei, schildert sie:

„Das ist immer noch so ein– also das ist kein Gefühl, was ich so lokal verorten kann, wirklich. Also es ist eher so ein unbestimmtes Gefühl. Aber es–. Wie kann man das denn beschreiben? Es löst halt irgendwie im ganzen Körper so ein Wohlgefühl aus. Mein Gefühl dazu ist immer: Das geht bis in die Haarspitzen. Oder unter die Schädeldecke. Halt so ganz erfüllend.“ (B06: 134)

Manchmal habe sie noch Schmerzen beim Aufnehmen, dann bewege sie das Becken in eine andere Position, um Winkel und Tiefe zu steuern. Nach den Faktoren gefragt, die dazu beigetragen hätten, dass sie die Zervix für sich entdeckt habe, antwortet sie:

„Ein Typ, der sich auskennt, (.) (lacht) [...] eine gewisse Gelassenheit mit dem Thema Sexualität, die ich halt früher auch so nicht hatte, die ich mir auch erst erarbeiten musste. Also auch so dieses Lustvolle, dass mir das auch zusteht. Und dann halt einfach so ein–. Wir hatten, also dieser Mann, mit dem ich das gefunden habe, wir hatten so einen Forschergeist gemeinsam. Und also haben wirklich viel–. Und das ist mir gar nicht so aufgefallen, das hat der irgendwann mal hinterher gesagt, dass das mit mir so besonders gewesen wäre, dass wir so viel geforscht hätten. Und, ja, das war es wohl. (lacht) [...] Also ich bin gerade Single und würde mir tatsächlich, wenn ich wieder jemanden finde, jemanden suchen oder wünschen, der halt da auch irgendwie diesen Forschergeist mitbringt.“ (B06: 142)

4.2.6.2 Interpretation und Würdigung

Der Fall B06 stellt innerhalb dieser Studie einen Sonderfall dar, weil die LEEP-Konisation hier nicht zur Behandlung einer Dysplasie durchgeführt wurde, sondern zur Entfernung nach außen wachsender Schleimhaut am Muttermund³³. Diese Praxis war früher üblich und macht

³³ Es könnte sich um eine Portioektomie gehandelt haben, eine östrogenbedingte, gutartige Veränderung am Gebärmutterhals, bei der Zellen des Gebärmutterhalskanals (Zylinderepithel) auf den äußeren Teil des Gebärmutterhalses (Portio) wachsen, der normalerweise von Plattenepithel bedeckt ist (s. Kapitel 2.1.1). Das freiliegenden Zylinderepithel ist anfällig für Kontakt- und Zwischenblutungen, auch Dyspareunie kann

deutlich, dass auch Eingriffe ohne onkologischen Anlass die Sensorik der Zervix und das sexuelle Erleben beeinflussen können.

Anders als andere Frauen im Sample hat B06 den Eingriff nicht traumatisch erlebt. Vielmehr schildert sie im Rückblick, dass die Konisation für sie funktional war: Schmerzen beim Sex und Zwischenblutungen wurden weniger, der Muttermund erschien ihr „repariert“ (B06: 166). Auch wenn Details zum Ablauf verschwimmen – so ist kaum vorstellbar, dass der Eingriff ohne Betäubung durchgeführt wurde –, wird deutlich, dass das vertrauensvolle Verhältnis zum behandelnden Arzt, dessen unprätentiöse Art ihrem eigenen Zugang zu ihrem Körper entsprach, dazu führte, dass sie den Eingriff pragmatisch akzeptierte. Hinzu kam, dass die Ausgangsmotivation im Lichte des Somatic Experiencing und der Polyvagaltheorie eine fundamental andere war, da sie sich aus freien Stücken und ohne die Sorge vor einer lebensbedrohlichen Krankheit für den Eingriff entscheiden konnte. Für ihr Nervensystem war die Operation also nicht mit Kontrollverlust und Bedrohung, sondern mit Sicherheit und Autonomie assoziiert.

Die Zervix hatte für B06 vor dem Eingriff keine lustvolle Bedeutung und wurde kaum bewusst erlebt. Erst Jahre später, nach ihrer Scheidung, erschloss sie sich diesen Bereich aktiv. Ihre biografische Entwicklung verdeutlicht eine zentrale Beobachtung dieser Arbeit: Die Frauen entdecken die Zervix als Lustzone oft erst im Kontext eines erlaubenden, forschenden sexuellen Umgangs, wobei die Haltung von Gelassenheit, Eigenverantwortung und partnerschaftlicher Neugier entscheidend sein kann. Der Forschergeist, den B06 beschreibt, ist im Sinne des Sexocorporel eine Form aktiver sexueller Kompetenzentwicklung: Sie setzt sich mit ihren Empfindungen auseinander, steuert Beckenwinkel, sucht neue Positionen und übernimmt damit Handlungskontrolle und Verantwortung für ihr sexuelles Erleben.

Aus somatisch-neurophysiologischer Sicht wäre denkbar, dass die Entfernung der nach außen gewachsenen Schleimhaut mechanische Reizquellen reduziert hat, wodurch die Schmerzbelastung abnahm. Gleichzeitig hat B06 ihre Zervix im Anschluss nicht als taub oder empfindungsärmer erlebt. Vielmehr wurde dieser Bereich mit zunehmender sexueller Selbstermächtigung zu einer Quelle ganzkörperlich erlebter Lust. Diese Entwicklung illustriert gut die Perspektive des Sexocorporel auf die Neurophysiologie weiblicher Sexualität (Bischof, 2015): Durch die Kombination aus geänderter Gewebesituation, veränderter

auftreten (DocCheck, 2024). Eine Portioektomie ist keine medizinische Indikation für eine Konisation und würde heute vermutlich konservativ oder symptomatisch behandelt werden.

Kontextualisierung (neuer Partner und eventuell andere Rollenzuschreibungen) und aktiver erotischer Erkundung wird die Zervix als Lustorgan verfügbar.

Im Längsschnitt zeigt B06, dass die Bedeutung der Zervix nicht statisch ist, sondern biografisch, relational und kulturell konstruiert wird. Sie ist damit ein Fall von Sensemaking: Was zunächst ein medizinisch zu behebendes Problem war, wurde später zu einem Teil ihres sexuellen Identitätsraums. Die Geschichte dieser Teilnehmerin zeigt, wie wichtig ein ressourcenorientierter Blick ist: Nicht der Eingriff allein bestimmt die Qualität des sexuellen Erlebens, sondern wie eine Frau sich, unterstützt durch Wissen, Erfahrung, Selbstakzeptanz und passende Partner*innen, ihren Körper als ihr Lustfeld erschließt.

4.3 Achsenmodell zur Analyse der Entwicklungsprozesse nach der LEEP-Konisation

Die Einzelfallanalysen verdeutlichen die Komplexität und Individualität der Erfahrungen nach einer LEEP-Konisation. Zugleich zeigen sich übergreifende Entwicklungsmuster, die über die rein medizinische Sicht hinausweisen und die Bedeutung aktiver Aneignungsprozesse unterstreichen. Entgegen der vorherrschenden medizinischen Auffassung, dass die Konisation keinen relevanten Einfluss auf die Sexualität habe – eine Annahme, die durch die bestehende Studienlage gestützt wird –, zeigt sich in den Interviews ein differenzierteres Bild. Die Frauen berichten von teilweise gravierenden Veränderungen ihres sexuellen Erlebens, die jedoch nicht als determinierend zu verstehen sind. Ein zentraler Befund ist die Wiederherstellbarkeit und Erschließbarkeit zervikaler Sensibilität durch aktive Prozesse. Einige Frauen konnten sich ihre zervikale Empfindungsfähigkeit in späteren Jahren erstmals bewusst zugänglich machen (B03, B06) oder nach dem Eingriff wieder herstellen (B05). Diese Erkenntnis unterstreicht die Bedeutung von Neuroplastizität und intentionaler Körperarbeit.

Die Verläufe machen sichtbar, dass sexuelle Heilung, Neuverhandlung und Aneignung keine linearen, gleichförmigen Bewegungen sind, sondern von Brüchen, Rückschlägen und individuellen Ressourcen abhängen. In Verbindung mit den im Folgenden entwickelten fünf Achsen – Zeit, Sensorik, Trauma und Ressourcen, Selbstbestimmung, sexuelles Lernen – zeigt sich, dass sich Eingriffe an der Zervix in vielschichtiger Weise in die sexuelle Biografie, die körperliche Wahrnehmung und die Selbstdeutung einschreiben können. Sie verdeutlichen, dass Sexualität nach einer LEEP-Operation nicht allein an körperlichen Funktionsparametern messbar ist, sondern in einem Zusammenspiel aus physiologischen, psychischen, relationalen und gesellschaftlichen Faktoren fortlaufend (wieder-)gestaltet wird.

4.3.1 Zeitachse – von akuter Destabilisierung zur Integration

Die zeitliche Dimension erweist sich als zentral für das Verständnis sexueller Reorganisationsprozesse nach einer LEEP-Konisation, wenngleich Zeit allein keine Veränderungen bewirkt. Ein kritischer Aspekt der vorliegenden Studie ist, dass die meisten bisherigen Untersuchungen mit Erhebungszeiträumen von sechs bis 24 Monaten postoperativ nur einen Ausschnitt der tatsächlichen Verarbeitungsprozesse erfassen, die weit über den unmittelbaren Heilungsverlauf hinaus reichen können.

Die akute Phase der ersten ein bis zwei Jahre nach dem Eingriff ist (mit Ausnahme von B06) geprägt von intensiver Destabilisierung auf mehreren Ebenen. B01 beschreibt ihre Erfahrung als Schock, B04 spricht von einem Scherbenhaufen-Gefühl und B05 erlebt eine Taubheit im gesamten genitalen Bereich. Diese Phase ist charakterisiert durch das Ringen mit unvertrauten Körperempfindungen, die Suche nach Erklärungen für das Geschehene und häufig auch durch intensive emotionale Reaktionen. Die Frauen befinden sich in einem Zustand erhöhter Vigilanz gegenüber körperlichen Veränderungen und entwickeln verschiedene, teilweise noch ungerichtete Bewältigungsversuche.

In den folgenden Jahren zeigen sich eine allmähliche Stabilisierung und die Entwicklung neuer Routinen im Umgang mit den veränderten Körperempfindungen. Diese Phase ist weniger durch krisenhafte Turbulenzen als durch experimentelle Anpassungsleistungen gekennzeichnet. Die Frauen entwickeln praktikable Strategien für ihre veränderte Sexualität, etablieren neue Kommunikationsmuster in ihren Partnerschaften und finden zu einer realistischen Einschätzung dessen, was wiederherstellbar ist und was dauerhaft verändert bleibt. Charakteristisch für diese Phase ist zudem eine zunehmende Expertise im Umgang mit dem eigenen Körper und medizinischen Entscheidungen.

Nach etwa fünf Jahren wird die Abgrenzung zwischen spezifischen Veränderungen nach der LEEP-Operation und allgemeiner Lebensentwicklung zunehmend schwieriger. Die bei B03, B05 und B06 beobachteten positiven Entwicklungen in der Sexualität sind nach diesem Zeitraum nicht mehr primär als Folge der Konisation zu verstehen, sondern als Teil normaler biografischer Reifungsprozesse, die durch Partnerwechsel, Wissensaneignung, neue Lebensphasen oder erweiterte Lebenserfahrungen beeinflusst werden. Diese Erkenntnis ist methodisch bedeutsam, da sie zeigt, dass Langzeitstudien zu gynäkologischen Eingriffen Kausalitätsprobleme aufwerfen.

Besonderheiten zeigen sich bei wiederholten Eingriffen, wie B02 mit drei LEEP-Konisationen über zwölf Jahre. Hier entwickeln sich gegenläufige Prozesse: Während auf der einen Seite Selbstermächtigung zu und Anpassung an eine Sexualität entstehen, die sie als qualitativ besser als zur Zeit vor der ersten Konisation beschreibt, wird der Eingriff selbst emotional und psychisch von Mal zu Mal schwerer erträglich. Diese Ambivalenz verdeutlicht, dass Zeit bei wiederholten medizinischen Belastungen nicht analog zu Gewöhnung oder Verbesserung führt, sondern dass die wiederholte Erfahrung des Eingriffs mit seinen multidimensionalen Implikationen widersprüchliche Entwicklungen auslösen kann.

Die Bedeutung der zeitlichen Dimension liegt somit weniger in einer deterministischen Phasenlogik als vielmehr in der Erkenntnis, dass sexuelle Reorganisation nach medizinischen Eingriffen Zeit benötigt und dass frühe Befunde nicht als ultimativer Zustand interpretiert werden sollten. Umgekehrt zeigen die Interviews, dass Zeit ohne aktive Aneignungsprozesse nicht zu Verbesserungen führt. Dafür ist notwendig, dass auch auf den anderen vier Achsen der Reorganisation Entwicklung stattfindet.

4.3.2 Körperlich-sensorische Achse: Somatische Grundlagen der Reorganisation

Die objektiven anatomischen Veränderungen durch die LEEP-Konisation bilden die körperliche Grundlage für die subjektiven Erfahrungen der Frauen und bestimmen mit, welche Reorganisationsprozesse möglich sind. Die Analyse der Interviews zeigt ein Spektrum anatomischer Veränderungen, das die Vielfalt der Faktoren illustriert, die bereits auf rein körperlicher Ebene auf das sexuelle Erleben rund um die Zervix einwirken.

Schmerzreduktion durch Konisation zeigt sich bei Frauen, deren ursprüngliche Beschwerden durch pathologische Zustände bedingt waren. Bei B03 erfolgte der Eingriff im Kontext einer unerkannten Adenomyose, die vermutlich zuvor die tiefe vaginale Stimulation erschwerte; sie erlebte danach eine deutliche Verbesserung ihrer Schmerzsymptomatik. Allerdings hatte sich diese bereits vor dem Eingriff etwas verbessert, weil sie weniger über ihre „Grenzen“ (B03: 64) ging. B06 berichtet von reduzierten Kontaktblutungen und weniger Schmerzen nach Entfernung der Portioektomie. Diese Verbesserungen verdeutlichen die vielschichtigen anatomischen und physiologischen Faktoren, die das sexuelle Erleben beeinflussen, werfen aber auch die Frage auf, ob alternative, weniger invasive Behandlungsoptionen ähnliche Effekte hätten erzielen können.

Regeneration sensorischer Fähigkeiten zeigt sich bei moderatem Gewebeverlust, wo die Innervation der Zervix Anpassungsleistungen ermöglicht. So berichtet B05 von

Wiederherstellung ihrer zervikalen Empfindungsfähigkeit nach anfänglicher Taubheit. Ihr Weg von der Empfindungsunfähigkeit zurück zu differenzierten Empfindungen verdeutlicht die Anpassungsfähigkeit nervaler Strukturen. Diese Regeneration verläuft jedoch nicht automatisch, sondern erfordert Aufmerksamkeit und oft auch professionelle Unterstützung. Die Erschließung neuer Empfindungsqualitäten findet sich bei Frauen, die nach der Konisation erstmals bewusst zervikale Stimulation integrieren. B03 entwickelt sich von der Vermeidung zervikaler Berührung zu deren bewusster Nutzung für ihr „All-over-Erlebnis“ (B03: 106), wobei dieser Wandel wesentlich damit zusammenhängt, dass sie auf Zeit, Entspannung und achtsamen Kontakt setzt, was das vaginale Tenting ermöglicht. B05 beschreibt die Wiederentdeckung des zervikalen „Lustpunkt[s]“ (B05: 52), B06 eine Entwicklung von unbewusster zu bewusst lustvoller zervikaler Wahrnehmung. Diese Prozesse zeigen, dass die anatomische Basis allein nicht ausreicht; die Erschließung sensorischer Möglichkeiten erfordert vielmehr Lernprozesse, die über die reine Gewebeheilung hinausgehen.

Anhaltende Beeinträchtigungen entstehen bei umfangreichem Gewebeverlust oder wiederholten Eingriffen. B02 erlebt nach drei LEEP-Konisationen den dauerhaften Verlust zervikaler Sensibilität und Beeinträchtigungen der hinteren Vagina. Ihre Beschreibung des Gebärmuttermunds als „taub“ und „vernarbt“ (B02: 102) deutet auf ausgedehnte Veränderungen der nervalen Struktur hin. Dennoch entwickelt B02 durch Reorganisation ihrer Sexualität „nach außen“ (B02: 70) eine Form der Zufriedenheit, die zeigt, dass auch bei anhaltenden anatomischen Veränderungen befriedigende Anpassungen möglich sind.

Die anatomische Achse verdeutlicht, dass körperliche Veränderungen durch die LEEP-Konisation ein breites Spektrum umfassen und die materielle Basis für Reorganisationsprozesse bilden. Gleichzeitig illustrieren die unterschiedlichen Verläufe die große Menge der Faktoren, die bereits auf anatomischer und physiologischer Ebene das sexuelle Erleben beeinflussen. Die Interviews zeigen, dass anatomische Gegebenheiten wichtige, aber nicht determinierende Rahmenbedingungen darstellen, die in Wechselwirkung mit zeitlichen, psychischen, sozialen und kognitiven Lernprozessen das individuelle Erleben prägen.

Die körperlich-sensorischen Veränderungen nach einer LEEP-Konisation können nicht isoliert von psychischen Verarbeitungsprozessen betrachtet werden. Wie im Theorieteil dargestellt, bildet das autonome Nervensystem mit seinen sympathischen und parasympathischen Anteilen eine neurobiologische Brücke zwischen somatischen Prozessen und emotionalem Erleben. Die nervale Versorgung der Zervix – insbesondere die Verbindung über den

Vagusnerv zum limbischen System – legt nahe, dass die Trennung zwischen körperlich und psychisch nur theoretisch existiert.

Die Polyvagaltheorie illustriert diese Verschränkung exemplarisch: Vagale Regulation beeinflusst sowohl körperliche Funktionen als auch psychische Zustände. Eine Störung dieser Regulation durch medizinische Eingriffe kann sich daher sowohl körperlich als auch psychisch manifestieren, ohne dass diese Ebenen tatsächlich trennbar wären. Dies erklärt, warum die in der körperlich-sensorischen Achse beschriebenen Veränderungen immer auch psychische Verarbeitungsprozesse nach sich ziehen und umgekehrt psychische Ressourcen und Belastungen die körperlichen Reorganisationsmöglichkeiten beeinflussen. Die folgenden Achsen der Trauma-Ressourcen-Balance, der Selbstbestimmung und des sexuellen Lernens sind daher nicht als getrennte Bereiche zu verstehen, sondern als differente Betrachtungsebenen eines integrierten psychosomatischen Anpassungsprozesses.

4.3.3 Trauma-Ressourcen-Achse – Balance als Schlüsselfaktor

Die Perspektive des Somatic Experiencing auf traumatisches Erleben und Ressourcen bietet einen hilfreichen Erklärungsrahmen für die unterschiedlichen Verläufe nach einer LEEP-Konisation. Die Interviews zeigen, dass der LEEP-Eingriff als potenziell belastendes Ereignis verstanden werden kann, dessen Auswirkungen wesentlich von der individuellen Ressourcenlage und der Art der Durchführung abhängen. Dabei wirken drei Ebenen zusammen: die Ausgangslage der Frau, die Qualität der medizinischen Behandlung und die verfügbaren Ressourcen für Verarbeitung und Anpassung.

Vulnerabilitätsfaktoren in der Ausgangslage verstärken die Belastung durch den Eingriff erheblich. B01 leidet an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung durch sexuellen Missbrauch, die gynäkologische Untersuchungen zu retraumatisierenden Erfahrungen macht. Belastende Kinderwunscherfahrungen wie Fehlgeburten und Eileiterschwangerschaften (B02, B03, B05) schaffen zusätzliche emotionale Verwundbarkeit. Besonders problematisch erweist sich ein ungünstiger Zeitpunkt, wie bei B02, die sechs Wochen nach der Geburt operiert wird, oder problematische Partnerschaftskonstellationen während der Diagnostikphase, wie B05 sie in ihrer „toxisch[en] Beziehung“ (B05: 22) erlebt. Multiple Eingriffe, wie B02 sie mit drei LEEP-Konisationen über zwölf Jahre durchläuft, potenzieren dabei die Belastung. Der Fall von B06 dagegen erinnert an die Bemerkung von B02:

„Ich weiß auch nicht, ob frau sich das aussuchen kann, das zu fühlen oder nicht zu fühlen, ich weiß nicht, ob es Frauen gibt, die da auch reingehen und das auf einer Hinterbacke absitzen und dann wieder nach Hause gehen, als wäre nichts gewesen.“ (B02: 56).

Der Grund dafür, dass B06 die Konisation anders erlebte als B02, ist vermutlich in der konträren Ausgangslage und namentlich in einer unterschiedlich gestalteten Trauma-Ressourcen-Balance zu suchen.

Die Art der Durchführung und des Erlebens des Eingriffs erweist sich als kritischer Mediator, der unabhängig von objektiven Rahmenbedingungen wirkt. B03 kann durch den direkten Vergleich mit ihrer späteren, fürsorglich begleiteten Gebärmutterentfernung rückblickend den „mechanischen Eingriff“ (B03: 74) bei der LEEP-Operation als defizitär identifizieren. B06 profitiert von einem besonders vertrauensvollen Verhältnis zu ihrem Arzt, das nicht nur das Erleben des Eingriffs prägt, sondern durch dessen Erfolg (Schmerzreduktion) bestätigt wird. Diese vertrauensvolle Bindung reicht so weit, dass sie sich seit seiner Pensionierung von seinem Sohn behandeln lässt. Paradoxerweise zeigt sich bei B02, dass selbst optimal gestaltete äußere Bedingungen in der Klinik nicht verhindern können, dass der Eingriff auf einer übergeordneten, existenziellen Ebene als übergriffig erlebt wird.

Schutzfaktoren und Ressourcen für Verarbeitung und langfristige Adaptation zeigen sich als vielschichtig und teilweise biografisch gewachsen. Umfassende sexuelle Vorerfahrung, wie von B05 als „reichhaltiges Œuvre“ (B05: 54) geschildert, erweist sich als protektiver Faktor, der konkrete Handlungsoptionen für die Wiederaneignung bietet. Stabile, kommunikative Partnerschaften wie bei B02, B03 und B05 können sowohl die medizinische Heilung fördern als auch Explorationen und einen verlässlichen, sicheren Rahmen für Sexualität ermöglichen. Ein ganzheitliches Körperverständnis, wie es B02, B03 und B05 durch Ausbildungen oder Körperarbeit entwickelt haben, schafft alternative Deutungsrahmen jenseits medizinischer Pathologisierung. Auch der Austausch mit anderen, zum Beispiel in dem von B02 beschriebenen Frauenkreis, kann wertvoll sein.

Professionelle Unterstützung erweist sich als Frage sowohl der verfügbaren Mittel als auch der gesetzten Prioritäten. B05 investiert bewusst in alternative Heilmethoden bei Heilpraktikerinnen, die „verständnisvoll“ (B05: 98) auf ihre sexuellen Veränderungen reagieren, während sie diese mit den behandelnden Ärzt*innen nicht thematisiert. B01 kämpft lange um traumasensible (sexual-)therapeutische Hilfe und erlebt wiederholt Zurückweisung, bis sie schließlich geeignete Unterstützung findet. Die Bereitschaft, professionelle Hilfe zu suchen und dafür auch finanzielle Mittel einzusetzen, zeigt sich als wichtiger Baustein der Ressourcenaktivierung. Dabei entstehen Wendepunkte häufig paradoxerweise aus Momenten der Erschöpfung und des Scheiterns heraus. B02s „Ich kann nicht mehr“ (B02: 20) führt

dazu, dass sie Kräfte für ihre Gesundheit mobilisiert. Das spirituelle „[L]oslassen“ (B02: 88) der zum Heiligtum überhöhten Gebärmutter hat sowohl medizinische Verbesserungen als auch innere Gelassenheit zur Folge. Solche Wendepunkte zeigen, dass Ressourcenaktivierung nicht linear verläuft, sondern durch Krisen hindurch zu neuen Lösungen führen kann.

Die Analyse verdeutlicht, dass sexuelle Veränderungen nach LEEP-Konisation als multifaktorielle Prozesse verstanden werden sollten, bei denen neurophysiologische, psychische und soziale Aspekte zusammenwirken. Eine monokausale Zuordnung zu Traumafolgen oder nervalen Schädigungen wird der Komplexität der beobachteten Phänomene nicht gerecht.

4.3.4 Achse der Selbstbestimmung: Auf dem Weg zur Autonomie

Die Entwicklung umfassender Selbstbestimmung und Körperautonomie erweist sich als zentrale Dimension der Reorganisation nach einer LEEP-Konisation, die weit über die Sexualität hinausreicht und verschiedene Bereiche der Gesundheit und Lebensgestaltung erfasst. Paradoxerweise führt die Erfahrung des Kontrollverlusts durch den Eingriff in einigen Fällen langfristig zu mehr Autonomie und bewusster Selbstbestimmung. Im Sinne der Polyvagalthese lässt sich die initiale Reaktion bei einigen Frauen als eine Form der Starre, eine adaptive Schutzreaktion des Nervensystems auf überwältigende Erfahrungen, deuten. Der Weg zur Selbstbestimmung zeigt sich als Aktivierungsprozess, in dem Frauen aus dem „Ich kann nicht“ der Starre zum „Ich kann etwas tun“ der Selbstwirksamkeit finden. Dabei zeigt sich die LEEP-Operation als Baustein in größeren biografischen Entwicklungsprozessen, die unterschiedlich früh beginnen und verschiedene Lebensbereiche umfassen können.

Die Entwicklung der Patientinnenrolle vollzieht sich als Transformation von passivem Vertrauen über Informationssuche hin zu aktiver Mitgestaltung medizinischer Entscheidungen. B03 beschreibt ihre anfängliche Haltung als eine Position unreflektierten Vertrauens in medizinische Autorität: „Der Arzt hat das gesagt und, deswegen ist das notwendig.“ (B03: 22). B04 entwickelt daraus eine Phase aktiver Eigeninitiative mit „alle[n] möglichen Hausmitteln“ (B04: 28) aus dem Internet, bevor B02 schließlich das Stadium erreicht, in dem sie „alle Register ziehen“ (B02: 20) möchte und systematisch alle konservativen Optionen einfordert. Diese Entwicklung mündet in einer Patientinnenrolle, die informiert, kritisch und selbstbestimmt agiert.

Medizinische Selbstbestimmung manifestiert sich in konkreten Entscheidungen über Organerhalt und Behandlungsmethoden. B01s Entscheidung für eine Schleimhaut- statt einer

Gebärmutterentfernung erfolgt nach Beginn ihrer Therapie, die sie aus einem Zustand extremer Abspaltung von ihrem Körper herausführte. Sie hatte zuvor nicht einmal die Wehen bei den Geburten gespürt. B02 besteht auf Myomentfernung bei Erhalt der Gebärmutter, B03 wählt bewusst eine zervixerhaltende Gebärmutterentfernung. Diese Entscheidungen zeigen nicht nur medizinische Mündigkeit, sondern auch eine neue Beziehung zum eigenen Körper, in der Frauen sich als Expertinnen für ihre eigenen Bedürfnisse verstehen.

Sexuelle Selbstbestimmung entwickelt sich zum Teil parallel zur medizinischen Autonomie und umfasst sowohl die Kommunikation von Bedürfnissen als auch die Durchsetzung von Grenzen. B02 und B05 berichten von deutlich verbesserter Partnerschaftskommunikation nach der LEEP-Operation, die als Katalysator für offenere Gespräche über sexuelle Bedürfnisse wirkt. Die Fähigkeit zur Artikulation dessen, was gebraucht wird vs. was nicht möglich ist, entwickelt sich zu einer neuen Selbstverständlichkeit. Bei B04 wird die Grenze beim Partner sichtbar, der trotz medizinischer Unbedenklichkeit auf der Verwendung von Kondomen besteht und damit ihre sexuelle Autonomie beschränkt. B01 übernimmt erstmals bewusst Verantwortung für ihren Intimbereich. Dieser Prozess ist direkt mit ihrer therapeutischen Arbeit verbunden.

Beziehungsautonomie zeigt sich in der Bereitschaft, problematische Partnerschaften zu beenden, wenn diese der eigenen Entwicklung entgegenstehen. B05 beginnt früh, sich mit ihrem Körper auseinanderzusetzen und bezieht dabei auch die Partnerschaft mit ein. Sie interpretiert die Zellveränderungen als körperliches Signal dafür, dass etwas in ihrer Beziehung nicht stimmt. B02 beendet ihre Ehe nach der ersten LEEP-Konisation, die als Katalysator für bestehende Differenzen gewirkt zu haben scheint. Diese Trennungen sind nicht nur reaktiv, sondern erscheinen als Ausdruck einer entwickelten Fähigkeit zur Selbstfürsorge und Grenzziehung. Die emanzipatorische Entwicklung führt schließlich dazu, dass einige der Frauen zu Multiplikatorinnen und Beraterinnen für andere Betroffene werden. Sie entwickeln sich von Patientinnen zu Expertinnen, die ihr erworbenes Wissen und ihre Erfahrungen aktiv weitergeben. So rät B05 einer Freundin, den Eingriff „nicht sofort zu machen“ (B05: 84) und wird in ihrer Wohngemeinschaft zur Ansprechpartnerin für andere Frauen mit HPV-Diagnosen. Diese Entwicklung zeigt, wie aus persönlicher Betroffenheit gesellschaftliche Verantwortung erwachsen kann.

Die Achse der Selbstbestimmung verdeutlicht, dass die LEEP-Konisation häufig als Katalysator für umfassende Autonomieentwicklung wirkt, die verschiedene Lebensbereiche

transformiert. Während der Eingriff selbst als Kontrollverlust erlebt wird, mobilisiert er gleichzeitig Kräfte der Selbstermächtigung, die weit über die unmittelbaren medizinischen Folgen hinauswirken. Aus neurobiologischer Sicht ist bereits die Aktivierung selbst therapeutisch wertvoll, indem jeder Schritt von der Starre zur Handlungsfähigkeit eine wichtige Ressourcenaktivierung darstellt, auch wenn nicht alle Bemühungen erfolgreich sind. So lassen sich B01s Suche nach traumasensibler Behandlung und B04s Entwicklung einer kritischen Haltung gegenüber dem Partner als bedeutsame Aktivierungsschritte interpretieren, die unabhängig davon sind, ob sie alle Probleme lösen. Diese Bewegung vom „Ich kann nicht“ zum „Ich kann etwas tun“ führt zu einer grundlegend veränderten Beziehung zum eigenen Körper, zur Gesundheit und zu zwischenmenschlichen Beziehungen.

4.3.5 Die Achse des sexuellen Lernens

Die Interviews dokumentieren einen bemerkenswerten Befund: Sexuelles Lernen und (Wieder-)Aneignung der eigenen Sexualität nach einer LEEP-Konisation sind nicht nur möglich, sondern können zu einer qualitativen Bereicherung des sexuellen Erlebens führen. Diese Achse macht sichtbar, wie Frauen durch bewusste Lernprozesse ihre sexuelle Empfindungsfähigkeit zurückgewinnen oder sogar erstmals erschließen können. Dieses Phänomen unterstreicht sowohl die Neuroplastizität des sexuellen Systems als auch die Bedeutung von Sexualität als zentrale Ressource für psychische Gesundheit und Selbstwirksamkeit.

Die Schilderungen der Interviewpartnerinnen liefern eindrucksvolle empirische Belege für die in der Forschung kontrovers diskutierte zervikale Sensibilität. B03 beschreibt ihre neu erschlossene zervikale Lustqualität als „ganz tiefes, weibliches All-over-Erlebnis“, das „bis in meinen Herzraum“ (B03: 106) gehe und eine völlig andere Dimension darstelle als klitorale oder vaginale Stimulation. Diese Schilderung deckt sich mit den theoretischen Ausführungen in Kapitel 2.2.2 zu den besonderen Qualitäten zervikaler Orgasmen, die als emotional und spirituell beschrieben werden. B05 beschreibt ihrer Orgasmen als „Verbindung mit dem Universum“ und dem Gefühl, „angedockt an die Unendlichkeit“ (B05: 54) zu sein. Diese spirituelle Dimension entspricht den Erkenntnissen von Komisaruk (2006) und anderen Forscher*innen zur Rolle des Vagusnervs bei zervikaler Stimulation. Auch B06s Beschreibung ihrer zervikalen Empfindungen als „ganz erfüllend“ und „bis unter die Schädeldecke“ (B06: 134) gehend passt zu den neurobiologischen Erklärungsmodellen. Diese Qualitäten – ganzheitlich, spirituell, „herzöffnend“ – verweisen auf die vagale Innervation der Zervix, die diese mit dem limbischen System und den emotionalen Zentren des Gehirns verbindet.

Bei B05 zeigt sich die Kraft der Sexualität als Ressource. Ihr Weg von der kompletten Empfindungsunfähigkeit zurück zu einem „sehr, sehr große[n] Spektrum“ (B05: 54) der Lustempfindung illustriert die enormen Energien, die Frauen für die Wiederherstellung ihrer sexuellen Integrität mobilisieren können. Ihre Beschreibung des systematischen Übens und der Schritt-für-Schritt-Annäherung zeigt, wie aus der Konfrontation mit dem Verlust eine aktive Aneignungsstrategie wird. Diese „Ich-kann“-Erfahrung der sexuellen Selbstwirksamkeit steht in direktem Gegensatz zu traumatischen Erfahrungen von Ohnmacht und Kontrollverlust. Die Transformation von einem passiven Erleiden zur aktiven Aneignung zeigt sich auch in B02s Metapher der neu geschriebenen Gebrauchsanweisung in Form einer grundlegenden Neukonzeption des sexuellen Erlebens jenseits bloß funktionaler Wiederherstellung.

Die Beobachtungen aus den Interviews finden ihre theoretische Fundierung im Sexocorporelkonzept von *Desjardins*. Das zentrale Paradigma dieser Methode – dass Sexualität nicht von Natur existiert, sondern eine erlernte Kompetenz darstellt – erweist sich als besonders relevant für das Verständnis sexueller Reorganisation nach einer LEEP-Konisation. Der Sexocorporel versteht sexuelle Entwicklung als lebenslangen Prozess mit einer Vielzahl persönlicher Lernschritte. Diese Perspektive eröffnet eine fundamentale Neubewertung: Statt einer irreversiblen Schädigung zeigt sich die Möglichkeit neuer Lernprozesse, die zu einer qualitativ anderen Form der Sexualität führen können. Die sexuellen Erregungsmodi des Sexocorporel, also die Art, wie Menschen bei der Steigerung ihrer sexuellen Erregung ihren Körper einsetzen, sind erlern- und veränderbar. B05s systematisches Üben und B03s Entdeckung, dass sie durch Zeit, Entspannung und achtsamen Kontakt neue zervikale Lustqualitäten erschließen kann, entsprechen genau diesem Ansatz der bewussten Modifikation sexueller Erregungsmuster. Die Interviews dokumentieren eindrucksvoll, wie sich die theoretischen Erkenntnisse zur Neuroplastizität in der gelebten Erfahrung der Frauen manifestieren. B05s Beschreibung ihrer Wiederherstellung der Sensibilität macht die Anpassungsfähigkeit des Nervensystems konkret erfahrbar. Ihr Vorgehen, erogene Zonen, die sich wie taub anfühlten, durch Berührung wieder zu sensibilisieren, zeigt intuitives Verständnis für die Prinzipien der sensorischen Sensibilisierung. B06s Entwicklung von unbewusster zu bewusst lustvoller zervikaler Wahrnehmung nach Jahren und ihre Beschreibung des „Forschergeist[s]“ (B06: 142) in der Paarsexualität macht deutlich, wie wichtig die explorative Haltung für die Erschließung neuer Empfindungsqualitäten ist.

Ein bemerkenswerter Befund der vorliegenden Studie steht im Widerspruch zu der Hypothese von Komisaruk, Frangos et al. (2011) sowie Bischof (2015), dass Frauen, für die die Zervix eine wichtige Rolle in der Sexualität spielt, stärker von zervikalen Eingriffen betroffen sind als solche, die primär klitoral orientiert sind. Aufbauend auf dieser plausiblen Annahme wurden alle Interviewpartnerinnen systematisch zu der Bedeutung befragt, die die Zervix vor dem Eingriff symbolisch, körperlich und sexuell sowie im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten für sie hatte. Überraschenderweise erwiesen sich diese Vorerfahrungen jedoch als nicht-prädiktiv für die späteren Veränderungen im sexuellen Erleben. Bei den Frauen, die die Zervix für ihre Lust entdeckten (B03, B06), geschah dies erst Jahre nach der Konisation. B05 konnte zwar bereits vorher über zervikale Stimulation zum Orgasmus kommen, schilderte dies aber nicht als besonders bedeutsam. Umgekehrt erlebten Frauen, für die die Zervix vorher keine bewusste Rolle spielte, dennoch erhebliche Beeinträchtigungen, die mühsam kompensiert werden mussten.

Die Interviews zeigen, dass sexuelle Entwicklung nach einer LEEP-Konisation stark von sozialen Lernprozessen profitieren kann. B02s und B05s Teilnahme an Frauengruppen und die Weiterbildungen von B03, B05 und B06 illustrieren, wie wichtig der Austausch mit anderen Frauen und die Aneignung systematischen Wissens für die Wiederherstellung sexueller Kompetenzen ist.

An der Achse des sexuellen Lernens lässt sich ablesen, dass eine LEEP-Konisation sexuelle Entwicklung nicht beendet, sondern einen neuen Anfang darstellen kann. Versteht man Sexualität mit dem paradigmatischen Ansatz des Sexocorporel als erlernbare Kompetenz, eröffnen sich Perspektiven jenseits bloßer Wiederherstellung: Es wird die Entwicklung neuer, oft bereichernder Formen der Sexualität möglich. Sexuelles Lernen stellt weitergehend eine Form der Selbstwirksamkeitserfahrung dar, die weit über die Sexualität hinausreichen kann. Die aktive Aneignung des eigenen Körpers, die Entwicklung neuer Kompetenzen und die Erfahrung, dass Veränderung möglich ist, wirken als Gegenpol zu traumatischen Erfahrungen von Ohnmacht und Kontrollverlust bei einem medizinischen Eingriff. In diesem Sinne wird Sexualität nach einer LEEP-Konisation nicht nur zu einem Bereich der Wiederherstellung, sondern entfaltet ihr Potenzial zur Selbstermächtigung und zum persönlichen Wachstum.

5 Diskussion der Ergebnisse

Die vielfältigen Erfahrungen der sechs cis-Frauen werfen neue Fragen zum bisherigen Verständnis der LEEP-Konisation auf. Sie eröffnen zugleich konkrete Ansatzpunkte für die sexualberaterische Praxis. Das abschließende Kapitel verfolgt drei zentrale Anliegen: Die Einordnung der Befunde in den aktuellen Forschungsstand zeigt auf, wie traumasensible Perspektiven zur Erklärung widersprüchlicher Studienergebnisse beitragen können und verdeutlicht die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Forschung zu LEEP-Eingriffen (5.1). Darauf aufbauend wird ein traumasensibles, phasenspezifisches Begleitkonzept für die sexualberaterische Praxis skizziert, das aufbauend auf den fünf analytischen Achsen konkrete Interventionsstrategien für die praktische Arbeit mit betroffenen Frauen entwirft (5.2). Die methodische Reflexion würdigt abschließend sowohl die Erkenntnisgewinne als auch die Grenzen der gewählten Herangehensweise und diskutiert die Übertragbarkeit der Befunde (5.3).

5.1 Traumasensible Perspektiven auf widersprüchliche Forschungsbefunde

Ein zentraler Befund dieser Studie liegt in der Neubewertung dessen, was in der bisherigen Literatur als psychische Folgen der LEEP-Konisation beschrieben wird. Während Studien wie die von Sikorska et al. (2023) psychische Belastungen primär auf die Angst vor Krebs und die HPV-Diagnose zurückführen, zeigen die Interviews eine andere Schwerpunktsetzung: Für viele der Interviewten stand nicht die Angst vor Erkrankung, sondern das subjektive Erleben des Eingriffs selbst als grenzverletzend oder übergriffig im Vordergrund. Diese Verschiebung des Fokus hat weitreichende Implikationen für das Verständnis der Auswirkungen. Die medizinische Literatur konzentriert sich meist auf anatomisch-funktionelle Risiken wie verminderte Sensibilität, gestörte Lubrikation oder Schmerzen durch nervale Irritationen (Giovannetti, Tomalty, Greco et al., 2023; Komisaruk, Wise et al., 2011). Die vorliegenden Befunde deuten jedoch darauf hin, dass der operative Eingriff (und auch die Biopsie) in einem psychosexuell sensiblen und symbolisch aufgeladenen Körperbereich unabhängig von der ursprünglichen Motivation und den objektiven Rahmenbedingungen als körperliche und psychische Grenzverletzung erlebt werden kann. Dieses Empfinden ist umso relevanter, wenn sexuelle, gynäkologische oder reproduktive Traumatisierungen vorliegen. Dass dieser Bereich medizinisch oft entsexualisiert behandelt wird, trägt dabei möglicherweise zur (Re-)Traumatisierung bei: Die Operation betrifft eine Körperregion, die für

manche cis-Frauen Teil ihrer sexuellen Identität ist, wird aber rein funktional und onkologisch behandelt.

B02s Beschreibung einer energetischen Verletzung oder B04s Schilderung des Schocks verweisen auf Erfahrungen, die über die Kategorie *Angst vor Krebs* deutlich hinausgehen. Die befragten Frauen beschreiben Phänomene, die – insbesondere, wenn sie ohne ausreichend sensiblen Umgang erfolgen – in der traumatherapeutischen Literatur als typische Reaktionen auf medizinische Eingriffe im Bereich der Sexualorgane bekannt sind, in der Forschung zu LEEP-Eingriffen bislang aber nicht systematisch berücksichtigt wurden. Das Operations-trauma wird wiederum durch andere Ängste wie die Angst vor Krebs oder reproduktive Ängste verstärkt.

Ein entscheidender methodischer Unterschied der vorliegenden Studie zu den aktuellen quantitativen Untersuchungen von Hubald (2020), Suchońska et al. (2025) und dem Review von Sikorska et al. (2023) liegt in der bewussten Fokussierung auf cis-Frauen, die überhaupt eine Veränderung in ihrem sexuellen Erleben wahrgenommen haben und folgt darin dem Vorbild von Giovannetti, Tomalty Greco et al. (2023). Diese methodische Entscheidung ist bedeutsam für die Interpretation der Ergebnisse. Sie erklärt, warum die vorliegenden Interviews Reorganisationsprozesse dokumentieren, während quantitative Studien einen hohen Anteil von Frauen ohne Veränderungen finden. Letzteres bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass bei diesen Frauen tatsächlich keine Auswirkungen aufgetreten sind. Möglicherweise wurden diese nur durch die verwendeten Instrumente nicht erfasst oder von den Frauen nicht als relevant eingestuft.

Die qualitative Studie von Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023) zeigt, dass offene Gesprächsformate ein detailliertes Symptomprofil erzeugen, das weit über standardisierte Kategorien hinausgeht. Die vorliegenden Interviews bestätigen und erweitern diese Erkenntnisse. Während Giovannetti et al. qualitative Orgasmusveränderungen wie „muted“ oder „anticlimactic“ (ebd.: 985) beschreiben, dokumentieren die vorliegenden Interviews nicht nur den Verlust, sondern auch die bewusste Wiederaneignung und teilweise sogar erstmalige Erschließung zervikaler Lustqualitäten nach einer LEEP-Konisation. Besonders bedeutsam ist, dass die vorliegenden Interviews die von Giovannetti et al. identifizierte Diskrepanz zwischen Patientinnen- und Behandlerperspektive um eine wichtige Dimension erweitern: Es geht nicht nur darum, dass 84 % der Frauen nach FSFI als sexuell dysfunktional galten, während Ärzt*innen sexuelle Risiken nicht thematisierten. Vielmehr zeigen die Interviews,

dass das medizinische System strukturell nicht darauf vorbereitet ist, die psychosomatischen Zusammenhänge zwischen medizinischen Eingriffen und sexuellem Erleben zu verstehen und angemessen zu begleiten.

Ein wesentlicher Unterschied zu bisherigen Untersuchungen liegt in der zeitlichen Tiefe der vorliegenden Untersuchung. Während sich die deutsche Studie von Hubald (2020) auf Follow-up-Zeiten von maximal zwei Jahren bezog, ermöglichen die vorliegenden Interviews einen Blick auf Entwicklungen über Jahrzehnte hinweg. Diese Langzeitperspektive deckt einen entscheidenden Zusammenhang auf: Die teilweise sehr positive Langzeitbilanz der cis-Frauen ist nicht darauf zurückzuführen, dass der Eingriff keine Auswirkungen gehabt hätte, sondern darauf, dass die Betroffenen über Jahre hinweg aktiv an der Wiederherstellung und Neugestaltung ihrer Sexualität arbeiteten. Wären sie zu einem Zeitpunkt befragt worden, der zeitlich näher am Eingriff lag, hätten die Interviews vermutlich eine deutliche Verschlechterung des sexuellen Erlebens dokumentiert. Die Zeitachse veranschaulicht insofern, dass die ersten ein bis zwei Jahre von intensiver Destabilisierung geprägt waren. Diese Phase wäre in Studien mit kurzen Follow-up-Perioden möglicherweise als dauerhafte Verschlechterung interpretiert worden. Die vorliegenden Befunde zeigen jedoch, dass diese Destabilisierung vielmehr als Ausgangspunkt für Lern- und Aneignungsprozesse verstanden werden kann. B05s systematisches Üben, B02s neue „Gebrauchsanweisung“ oder B03s spätere Entdeckung neuer Lustqualitäten illustrieren, dass positive Langzeitergebnisse das Resultat aktiver Bewältigungsarbeit sind, nicht die Abwesenheit von Auswirkungen.

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Studie überrascht: Die von Komisaruk, Fragos et al. (2011) geäußerte und von Bischof (2015) aufgegriffene Vermutung, „eine klitoral orientierte Frau wird eine Hysterektomie erotisch leichter verschmerzen“ als eine in zervikaler Erregung geübte (ebd.: 698), konnte nicht bestätigt werden. Die systematische Befragung aller Interviewpartnerinnen zur Bedeutung der Zervix vor dem Eingriff ergab, dass Vorerfahrungen sich als nicht-prädiktiv für spätere Veränderungen im sexuellen Erleben erwiesen. Dieser Befund ist ambivalent: Einerseits zeigt er, dass auch ohne Vorerfahrungen neue zervikale Lustqualitäten erschlossen werden können. Andererseits wird deutlich, dass die LEEP-Koisation möglicherweise grundsätzlicher – unabhängig von der bewussten Bedeutung der Zervix – in das sexuelle System eingreift als erwartet. Offen bleibt, ob die Beeinträchtigungen auf temporäre oder dauerhafte Nervenschädigungen zurückgehen oder Ausdruck einer traumabedingten Desensibilisierung durch das Operationserlebnis sind. Ungeachtet dessen

zeigt sich, dass die LEEP-Konisation das sexuelle Erleben auch bei Frauen beeinflusst, für die die Zervix vorher keine bewusste Rolle spielte. Die Zervix scheint somit auch unbewusst eine wichtigere Rolle im sexuellen System zu spielen, als die Frauen vor dem Eingriff ahnten.

Die in mehreren Studien berichteten Verbesserungen im sexuellen Erleben finden auch in den vorliegenden Interviews ihre Entsprechung, allerdings mit wichtigen Differenzierungen. B03 und B06 berichten über deutlich verbesserte sexuelle Erfahrungen nach der Konisation. Die qualitative Analyse zeigt jedoch, dass diesen Verbesserungen spezifische medizinische Konstellationen zugrunde lagen: bei B03 eine präoperativ undiagnostizierte Adenomyose, bei B06 vermutlich eine Portioektomie, die auch anders hätte behandelt werden können. Diese Befunde relativieren quantitative Studien, die pauschale Verbesserungen berichten, ohne die zugrundeliegenden Ursachen zu differenzieren. Sie verdeutlichen gleichzeitig die Notwendigkeit einer individualisierten Betrachtung, die medizinische Vorgeschichte und konkrete Symptomkonstellationen berücksichtigt.

Die vorliegenden Befunde bestätigen und erweitern die von Giovannetti, Tomalty, Greco et al. (2023) geforderte Notwendigkeit, nicht nur den medizinischen Erfolg des Eingriffs, sondern seine ganzheitliche Auswirkung auf die Gesundheit der Patient*in zu betrachten. Sie zeigen darüber hinaus, dass dieser Paradigmenwechsel eine traumasensible Perspektive auf medizinische Eingriffe einschließen muss. Die heterogene Studienlage der Forschung zu LEEP-Operationen erklärt sich nicht durch widersprüchliche Annahmen, sondern durch die systematische Unterschätzung der Komplexität sexuellen Erlebens und die Vernachlässigung traumadynamischer Aspekte medizinischer Interventionen.

Für die zukünftige Forschung bedeutet dies, dass quantitative Studien zu den Auswirkungen der LEEP-Konisation auf die Sexualität von cis-Frauen durch qualitative Ansätze ergänzt werden müssen, die längere Beobachtungszeiträume umfassen und traumasensible Perspektiven integrieren. Nur so kann das tatsächliche Spektrum der Erfahrungen erfasst und eine evidenzbasierte Grundlage für die klinische Praxis geschaffen werden.

5.2 Sexualberaterische Begleitung der LEEP-Konisation

Die vorliegenden Befunde fügen sich in eine breitere Entwicklung der Medizin ein. In vielen Ländern werden bereits systematisch Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) eingesetzt, um „den von Patientinnen und Patienten subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand mess- und vergleichbar zu machen“ (Steinbeck et al., 2021: 8). Diese

patient*innenzentrierte Perspektive erkennt an, dass eine erfolgreiche Behandlung daran zu messen ist, ob sie die Lebensqualität verbessert, stabilisiert oder eine drohende Verschlechterung abmildert. Die deutsche S3-Leitlinie zur Prävention des Zervixkarzinoms unterstreicht diese Entwicklung, indem sie bereits bei Screening-Verfahren „psychische Belastung durch auffällige Befunde und Nachfolgeuntersuchungen“ sowie „operative Eingriffe“ als potentiellen Schaden systematisch mitberücksichtigt (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020: 176). Wenn schon präventive Maßnahmen auf ihre psychischen Auswirkungen hin bewertet werden, wird die Notwendigkeit einer angemessenen Begleitung bei invasiveren Eingriffen wie der LEEP-Konisation umso deutlicher.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen jedoch, dass ein rein medizinisches Verständnis der LEEP-Konisation dem Erleben der cis-Frauen nicht gerecht wird. Die dokumentierten Reorganisationsprozesse umfassen körperliche, psychische, relationale und biografische Dimensionen, die weit über das hinausgehen, was durch reine Symptomkontrolle erfasst werden kann. Sexuelle Gesundheit als integraler Bestandteil der Lebensqualität bleibt dabei sowohl in der präoperativen Aufklärung als auch in der Nachbetreuung oft unbeachtet.

Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer systematischen Einbindung sexualberaterischer Kompetenzen in die gynäkologische Versorgung. Während der DGGG/BVF-Leitfaden bereits die „Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Erkennung und den Umgang mit Patientinnen, die physische, psychische oder sexualisierte Gewalt erlebt haben“ empfiehlt (DGGG e. V., BVF e. V., 2023: 3), sollte dies explizit um sexualberaterische Kompetenzen erweitert werden. Die vorliegenden Erkenntnisse belegen, dass die psychosexuellen Auswirkungen der LEEP-Konisation nicht als Nebenwirkung, sondern als zentraler Aspekt der Behandlung zu sehen sind.

5.2.1 Begleitkonzept und konkrete Interventionen

Die Befunde dieser Studie legen nahe, dass sexualberaterische Begleitung im Idealfall bereits vor dem Eingriff beginnt und die Betroffenen durch den gesamten Reorganisationsprozess hindurch unterstützt. Ein systematisches Begleitkonzept orientiert sich dabei an zwei aufeinanderfolgenden Phasen mit unterschiedlichen Schwerpunkten:

Phase 1: Präoperative Vorbereitung und Ressourcenstärkung

Die erste Phase zielt darauf ab, cis-Frauen bestmöglich auf den bevorstehenden Eingriff

vorzubereiten und ihre individuellen Ressourcen zu stärken. Zentral ist dabei eine umfassende Aufklärung über mögliche Auswirkungen auf die Sexualität, die über das hinausgeht, was derzeit in der gynäkologischen Routine erfolgt. Die Analyse der Selbstbestimmungsachse zeigt, dass informierte Patientinnen deutlich besser mit Veränderungen umgehen können als solche, die unvorbereitet mit einer neuen Situation konfrontiert sind. Konkrete Interventionen umfassen die Exploration der individuellen Bedeutung von Sexualität und Zervix sowie die Identifizierung verfügbarer Ressourcen. Fragen wie „Was bedeutet Sexualität für Sie?“ oder „Welche Unterstützung haben Sie in schwierigen Zeiten?“ können dabei helfen, sowohl Vulnerabilitäten als auch Stärken zu erkennen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erfassung traumatischer Vorerfahrungen, da diese das Risiko für komplizierte Verläufe erheblich erhöhen können.

Phase 2: Postoperative Begleitung der sexuellen Reorganisation

Die zweite Phase begleitet cis-Frauen durch den oft langwierigen Prozess der sexuellen Reorganisation. Die aus der Analyse entwickelten fünf Achsen – Zeitachse, körperlich-sensorische Achse, Trauma-Ressourcen-Achse, Selbstbestimmungsachse und Achse des sexuellen Lernens – können als Leitfaden für die Interventionsplanung dienen. Dabei kommt der Zeitachse eine besondere Orientierungsfunktion zu: Sie verdeutlicht, dass bestimmte Interventionen in der frühen Phase der Destabilisierung kontraindiziert sind. Der Fokus sollte auf Stabilisierung und Sicherheit liegen: Krisenintervention, Psychoedukation über normale Reaktionen und die Stärkung des sozialen Unterstützungsnetzwerkes stehen im Vordergrund. Intensive erzählerisch deutende Arbeit oder Körperexploration können in dieser vulnerablen Phase überfordernd wirken. Auch kann eine verfrühte Narrativbildung verhindern, dass belastende Aspekte ausreichend gewürdigt werden.

Interventionen in der Reorganisationsphase können sodann das volle Spektrum von der Metaphernarbeit über somatische Interventionen bis hin zur Paarberatung umfassen. Die Trauma-Ressourcen-Achse hilft bei der Bestimmung, welche Ansätze individuell am besten geeignet sind, während die Selbstbestimmungsachse zeigt, wann die Betroffenen bereit sind, aktiv an ihrer sexuellen Neuorientierung zu arbeiten. Diese achsenorientierte Herangehensweise ermöglicht es, individuelle Ressourcen und Herausforderungen zu identifizieren, den geeigneten Interventionszeitpunkt zu bestimmen und passende Begleitstrategien zu entwickeln, die der Komplexität und dem zeitlichen Verlauf sexueller Reorganisationsprozesse gerecht werden.

Die körperlich-sensorische Achse bildet eine häufig auftretende anfängliche Entfremdung vom eigenen Körper ab und verdeutlicht die Notwendigkeit somatischer Lernprozesse. Dabei geht es nicht um die Wiederherstellung eines ursprünglichen Zustands, sondern um die Entwicklung neuer Wege sexueller Erregung und Befriedigung. Interventionen zielen darauf ab, die Verbindung zum eigenen Körper schrittweise wiederherzustellen und neue Wege sexueller Erregung zu erschließen. Achtsame Körperwahrnehmungsübungen, Atemtechniken und sanfte Berührungsexploration können dabei unterstützen, das Vertrauen in Körpersignale wieder aufzubauen. Zentral ist dabei eine ressourcenorientierte Haltung, die Neuroplastizität und Wiederherstellbarkeit betont. Statt den Fokus auf Verluste zu legen, können cis-Frauen in diesem Sinne dabei unterstützt werden, alternative erogene Zonen zu entdecken und neue Erregungsmuster zu entwickeln. Dies erfordert Geduld, Experimentierfreude und die Bereitschaft, Sexualität als lebenslangen Lernprozess zu verstehen.

Die Ergebnisse zur Bedeutung der Sprache legen nahe, dass sexualberaterische Arbeit systematisch mit den sprachlichen Bildern arbeiten sollte, die cis-Frauen selbst für ihre Erfahrungen entwickeln. Konkrete Interventionen können das Erkunden vorhandener Metaphern („Wie würden Sie beschreiben, was passiert ist?“), das Anbieten alternativer Narrative („Was wäre, wenn wir statt ‚beschädigt‘ sagen würden ‚verändert‘?“) und die Aktivierung von Ressourcensprache umfassen. Der Wechsel von „Ich kann nicht mehr“ zu „Ich lerne gerade“ oder von „Das geht nicht“ zu „Das geht anders“ kann bereits transformative Wirkung entfalten. Besonders wertvoll sind körperbezogene Metaphern, die Veränderung als Potenzial zur Weiterentwicklung rahmen. Wenn eine cis-Frau ihr Genital als „Musikinstrument“ beschreibt, kann gefragt werden: „Welche neuen Klänge möchte dieses Instrument vielleicht entdecken?“ Die Bedeutung der Sprache kann dabei nicht überschätzt werden: Sexualberaterische Arbeit kann alternative Deutungen anbieten und dabei einen Prozess von einer Sprache der Beschädigung zu einer Sprache der Veränderung, der Anpassung und des Wachstums unterstützen.

Im Zentrum der längerfristigen Begleitung stehen Sensemaking-Prozesse. Die Interviews dokumentieren, wie wichtig es für die Betroffenen ist, ihre Erfahrungen zu artikulieren und ihnen Bedeutung zu verleihen. Fragen wie „Was bedeutet diese Erfahrung für Sie?“ oder „Wie passt sie zu Ihrer Geschichte?“ können diese Prozesse unterstützen.

Die Befunde zur Bedeutung der Beziehungsqualität unterstreichen, dass sexuelle Reorganisation in der Regel nicht als individueller Prozess verstanden werden kann und dass Partner*innen daher in den Beratungsprozess einbezogen werden sollten. Konkrete Interventionen umfassen Kommunikationstraining über Veränderungen, die gemeinsame Exploration neuer sexueller Wege, die Entwicklung von Verständnis für veränderte Bedürfnisse und das verlässliche Einhalten von Absprachen.

5.2.2 Traumasensible Grundhaltung als Standard

Die sexualberaterische Begleitung von cis-Frauen nach LEEP-Konisation erfordert eine konsequent traumasensible Grundhaltung. Diese Notwendigkeit ergibt sich sowohl aus der erhöhten Prävalenz von Gewalterfahrungen in der Zielgruppe als auch aus dem potenziell retraumatisierenden Charakter gynäkologischer Eingriffe selbst. Forschungsbefunde zeigen, dass Gewalterfahrungen mit einem signifikant erhöhten Risiko für persistierende HPV-Infektionen und invasiven Gebärmutterhalskrebs verbunden sind (Büttner, 2020a; Coker et al., 2009). Dies lässt sich durch psychoneuroimmunologische Mechanismen erklären: Chronischer Stress und Traumafolgen können die Immunfunktion nachhaltig beeinträchtigen und dadurch die Fähigkeit des Körpers reduzieren, HPV-Infektionen erfolgreich zu bekämpfen. Die vorliegende Studie bestätigt diese Zusammenhänge eindrucklich: Mit B01 findet sich im Sample eine cis-Frau mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung, die durch die LEEP-Konisation eine erhebliche Destabilisierung erfährt und deren Fall illustriert, wie gynäkologische Eingriffe retraumatisierende Wirkung entfalten können.

Grundprinzipien traumasensibler Sexualberatung orientieren sich an der Wiederherstellung von Kontrolle und Selbstbestimmung (vgl. Kenter, 2023). Dies umfasst die Schaffung von Sicherheit im therapeutischen Rahmen, das konsequente Einholen von Einverständnis vor jeder Intervention und die Unterstützung körperlicher Integrationsprozesse (vgl. Büttner & Paschinger, 2018). Besondere Aufmerksamkeit verdient dabei die Regulation des autonomen Nervensystems: Gynäkologische Eingriffe können bei cis-Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen spezifische Trigger aktivieren, die sowohl die Verarbeitung des Eingriffs als auch die spätere sexuelle Reorganisation erheblich beeinträchtigen. Die Integration von Prinzipien des Somatic Experiencing und der Polyvagaltheorie erweist sich als besonders wertvoll. Interventionen zielen darauf ab, das Nervensystem zu beruhigen, die Verbindung zum eigenen Körper schrittweise wiederherzustellen und neue Erfahrungen von Sicherheit und Kontrolle zu ermöglichen. Ein traumasensibler Ansatz kann dabei nicht nur die Verarbeitung

der Erfahrung einer LEEP-Operation unterstützen, sondern auch präventiv wirken und Retraumatisierungen verhindern.

Entscheidend ist die Erkenntnis, dass eine traumasensible Haltung nicht nur bei erkennbar vorbelasteten cis-Frauen, sondern als Grundhaltung für alle Betroffenen anzuwenden ist. Die in dieser Studie dokumentierten Erfahrungen zeigen, dass der Eingriff in vielen Fällen als Trauma erlebt wurde, das Körper und Seele – unabhängig von Vorerfahrungen – zugefügt wurde. Eine traumasensible Grundhaltung schützt daher nicht nur vulnerable cis-Frauen, sondern optimiert die Begleitung aller Betroffenen.

5.3 Methodische Reflexion und Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie war mit erheblichen methodischen Herausforderungen konfrontiert, die sowohl Limitationen als auch unerwartete Erkenntnisgewinne implizierten.

Eine zentrale methodische Herausforderung ergab sich aus der erheblichen Diskrepanz zwischen geplanter und realisierter Stichprobe. Während ursprünglich cis-Frauen im Alter von 20 – 44 Jahren befragt werden sollten, deren LEEP-Konisation maximal drei Jahre zurücklag, umfasste das tatsächliche Sample cis-Frauen im Alter von 48 – 54 Jahren mit einem Zeitabstand von einem bis ca. 25 Jahren seit dem Eingriff. Auch der Altersschnitt zum Zeitpunkt des Eingriffs lag höher als geplant, wobei die meisten cis-Frauen zu diesem Zeitpunkt noch nicht in der Menopause waren. Diese Altersverschiebung führt zu einer potenziellen Konfundierung mit perimenopausalen Veränderungen: Hormonelle Schwankungen und andere lebensphasenspezifische Faktoren können sexuelle Veränderungen überlagern und erschweren die eindeutige Zuordnung zu durch die LEEP-Operation bedingten Effekten.

Ein zentraler Aspekt, der bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss, ist die Entwicklung der medizinischen Standards in Deutschland. Die Konisationen der Befragten liegen teils Jahrzehnte auseinander und wurden somit unter unterschiedlichen diagnostischen, technischen und organisatorischen Bedingungen durchgeführt. Während in früheren Jahren die Indikationsstellung oft großzügiger war und Eingriffe auch bei leichteren Dysplasien (CIN 1, 2) empfohlen wurden, hat sich dies durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse und die Einführung der S3-Leitlinie zur Prävention des Zervixkarzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020) verändert. Heute werden Gewebeschonung, abwartendes Vorgehen bei Niedriggradläsionen, standardisierte Nachsorge und eine differenzierte Aufklärung stärker betont. Diese Entwicklung relativiert die Übertragbarkeit der

individuellen Erfahrungen auf die aktuelle Praxis und unterstreicht gleichzeitig den Wert der Studie: Sie verdeutlicht, wie medizinische Verfahren, Aufklärung und psychosoziale Begleitung das subjektive Erleben beeinflussen und dass Eingriffe, die als Routine gelten, langfristige Wirkungen auf das sexuelle Erleben haben können.

Die auffallende Häufung traumatischer Vorerfahrungen bei einer kleinen Stichprobe deutet auf einen systematischen Selektionsbias hin. Möglicherweise waren cis-Frauen, die sich durch die LEEP-Konisation besonders belastet fühlten, stärker zur Studienteilnahme motiviert. Die Tatsache, dass viele der ursprünglichen Interessentinnen sich zurückzogen, als es um eine konkrete Terminvereinbarung ging, könnte umgekehrt auf eine besondere Bereitschaft zur Reflexion und Kommunikation über sexuelle Themen bei den schließlich teilnehmenden cis-Frauen hinweisen. Auch zeigten sich in einigen Interviews Hinweise darauf, dass der Wunsch, eigene Erfahrungen einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen, eine wichtige Rolle gespielt haben könnte. Unbeabsichtigt gelangte mit B06 zudem eine Teilnehmerin ins Sample, deren LEEP-Konisation eine andere Indikation als eine Dysplasie hatte. Diese zunächst als methodische Störung wahrgenommene Heterogenität erweist sich retrospektiv als methodischer Gewinn: Die maximale Variation der Fälle ist ein anerkanntes Qualitätsmerkmal qualitativer Forschung, da sie ermöglicht, das Phänomen in seiner ganzen Breite zu erfassen.

Die doppelte professionelle Rolle der Autorin als Sexualberaterin und Forscherin brachte sowohl Vorteile als auch Risiken mit sich. Die berufliche Positionierung erwies sich vermutlich als Rekrutierungsvorteil, da potenzielle Teilnehmerinnen die Autorin als Fürsprecherin für die Anliegen betroffener cis-Frauen wahrnahmen. Während die fachliche Expertise das Verständnis psychosexueller Zusammenhänge erleichterte, besteht das Risiko einer berufsbedingten Wahrnehmungsverzerrung in Bezug auf die Dateninterpretation. Die konsequente Trennung von Forschungs- und Beratungskontext sowie die Dokumentation der Analyseschritte dienten der methodischen Kontrolle dieser Subjektivität.

Die retrospektive Erfassung sexueller Veränderungen unterliegt grundsätzlichen Limitationen: Zeitlicher Abstand verändert Erinnerung und Deutung sowie über-reflektierte Narrationen können authentische Erfahrungen überlagern. Auch hier ist als methodische Besonderheit zu reflektieren, dass die Interviewerin durch ihre berufliche Tätigkeit und entsprechende Sichtbarkeit in sozialen Medien den Teilnehmerinnen vorab zugänglich war. Dies ermöglichte den Interviewpartnerinnen, sich im Vorfeld ein Bild über fachliche Haltungen

und Schwerpunkte zu machen, was nach Helfferich (2011: 65 f.) die situationsspezifische Version ihrer Äußerungen beeinflusst haben könnte. Auch führte die zeitliche Streuung der Eingriffe zu erheblichen Unterschieden im Verarbeitungsstand, was die Vergleichbarkeit der Berichte erschwert.

Die Studie begann mit einer spezifischen neurologischen Hypothese: Ausgehend vom aktuellen Forschungsstand wurde vermutet, dass Verletzungen zervikaler Nerven, insbesondere des Vagusnervs, sich systematisch auf das sexuelle Erleben auswirken. Die theoretische Annahme war, dass cis-Frauen, für die die Zervix bereits vor dem Eingriff eine wichtige Rolle in der Sexualität spielte, gravierendere Veränderungen erleben würden. Die Interviews zeigten jedoch ein grundlegend anderes Muster: Statt der erwarteten Korrelation zeigte sich eine psychosoziale Reorganisationsdynamik mit einer auffallenden Häufung traumatischen Erlebens. Die Berichte über späte Aneignung der Zervix – dass cis-Frauen erst nach dem LEEP-Eingriff bewusst zervikale Sensibilität entwickelten – stellten die ursprünglichen Hypothesen vollständig in Frage. Diese fundamentale Umorientierung illustriert eine zentrale Stärke qualitativer Forschung, indem auch theoretisch unerwartete Befunde integriert und daraus neue Erkenntnisperspektiven entwickelt werden können. Die ungewollte zeitliche Streuung erwies sich retrospektiv als entscheidender methodischer Vorteil, da sie die Exploration langfristiger Reorganisations- und Aneignungsprozesse ermöglichte, die bei der ursprünglich geplanten Begrenzung auf drei Jahre unentdeckt geblieben wären. Aus dieser unbeabsichtigten Längsschnittperspektive konnten Empfehlungen für Fachpersonen abgeleitet werden, die auf einem tieferen Verständnis der zeitlichen Dynamiken basieren.

Eine fundamentale Limitation liegt in der Unmöglichkeit, verschiedene Faktoren für die beschriebenen sexuellen Veränderungen kausal zu differenzieren. Die berichteten Veränderungen könnten auf neurologische Faktoren (Beschädigung zervikaler Nerven), anatomisch-symbolische Faktoren (Eingriff an einem besonders vulnerablen Körperbereich) oder psychotraumatische Faktoren (belastende Rahmenbedingungen) zurückzuführen sein oder auf Wechselwirkungen zwischen allen dreien. Besonders bei neurologischen Faktoren bleibt die Differenzierung zwischen direkten und funktionalen Beeinträchtigungen ungeklärt. Zusätzlich erschwert das Fehlen objektiver medizinischer Parameter die Kausalitätsklärung. Größe und Tiefe des jeweils entfernten Kegelstücks wurden mangels Einsicht in die Krankenakten nicht evaluiert. Das qualitative Design war darauf ausgerichtet, subjektive Erlebensperspektiven zu erfassen, nicht kausale Zusammenhänge zu klären. Diese Parameter

sind jedoch potenziell relevant, da sie – wie der Fall von B02 zeigt – möglicherweise mitbestimmen, wie stark sich der Eingriff auf das sexuelle Erleben auswirkt. Der Versuch, diese Limitation durch die Integration der körperlich-sensorischen Achse zu kompensieren, blieb ohne genaue Kenntnis der objektiven medizinischen Daten notwendigerweise vage. Zwar konnten unterschiedliche Grade körperlicher Veränderungen in den Schilderungen identifiziert werden, eine systematische Verknüpfung mit den tatsächlichen Eingriffsparametern war jedoch nicht möglich. Die praktische Relevanz der Befunde wird dadurch nicht geschmälert: Für die sexualberaterische Praxis ist entscheidend, dass und wie cis-Frauen Veränderungen erleben, weniger die exakte ätiologische Zuordnung oder die präzise Quantifizierung der anatomischen Veränderungen.

Die eingeschränkte Übertragbarkeit der Befunde ergibt sich mithin aus der Altersverschiebung, dem möglichen Selektionsbias und der soziodemographischen Zusammensetzung des Samples. Dennoch bietet die Studie wichtige Erkenntnisse: Die qualitative Herangehensweise ermöglichte die Erfassung bisher unberücksichtigter Dimensionen sexueller Reorganisation, die methodische Serendipität eröffnete wertvolle Einblicke in längerfristige Verarbeitungsprozesse und die professionelle Nähe der Autorin erleichterte den Zugang zu einem schwer erreichbaren Themenfeld. Trotz der genannten Limitationen konnte die Studie neue Perspektiven auf die LEEP-Konisation entwickeln und praxisrelevante Erkenntnisse für die sexualberaterische Begleitung generieren. Die methodischen Herausforderungen verdeutlichen gleichzeitig Ansatzpunkte für zukünftige Forschung, die in einem systematischeren Design die hier identifizierten Phänomene weiter untersuchen könnte.

6 Schlusswort und Ausblick

Die vorliegende qualitative Studie dokumentiert ein breites Spektrum von Veränderungen im sexuellen Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP-Konisation von gravierenden Destabilisierungen über komplexe Reorganisationsprozesse bis hin zu unerwarteten Bereicherungen der Sexualität. Damit verdeutlicht sie, dass die LEEP-Konisation weit mehr ist als ein Routineeingriff ohne Bedeutung für die Sexualität. Die Exploration der Erfahrungen von sechs cis-Frauen eröffnet neue Perspektiven auf ein bisher unterschätztes Phänomen und liefert konkrete Ansatzpunkte für eine traumasensible, ressourcenorientierte Begleitung.

Der zentrale Erkenntnisgewinn liegt in der Neurahmung der Erfahrung von LEEP-Konisationen. Statt isolierter sexueller Funktionsstörungen zeigen sich Reorganisationsprozesse, die über Jahre hinweg verlaufen und sowohl Belastungen als auch unerwartete Wachstumschancen beinhalten können. Die Entwicklung der fünf analytischen Achsen – Zeitachse, körperlich-sensorische Achse, Trauma-Ressourcen-Achse, Selbstbestimmungssachse und Achse des sexuellen Lernens – stellt eine erste systematische Annäherung an die Erfassung dieser vielschichtigen Prozesse dar. Diese Achsen verstehen sich als Diskussionsgrundlage für die weitere konzeptionelle Entwicklung, indem sie möglicherweise auch über die LEEP-Konisation hinaus anwendbar sind und als orientierende Rahmen für die sexualberaterische Begleitung bei urogenitalen Eingriffen dienen können.

Die ersten Konturen eines traumasensiblen phasenspezifischen Begleitkonzepts fügen sich ein in die Linie der World Health Organization (2025), die in sexueller Gesundheit mehr sieht als die Abwesenheit von Krankheit und Funktionsstörungen. Die hier skizzierte Unterscheidung zwischen präoperativer Vorbereitung und postoperativer Reorganisationsbegleitung sowie die Integration narrativer, körperbasierter und paarberatender Ansätze können als Ausgangspunkt für die Entwicklung systematischer Begleitprogramme dienen. Diese ersten konzeptionellen Überlegungen bedürfen der Weiterentwicklung, Erprobung und Evaluation in der Praxis. Sie verstehen sich als Einladung zur fachlichen Diskussion darüber, wie traumasensible sexualberaterische Begleitung bei urogenitalen Eingriffen gestaltet werden kann. Die Befunde unterstreichen nachdrücklich die Notwendigkeit einer systematischen Einbindung sexualberaterischer Kompetenzen in gynäkologische Praxen, Dysplasiezentren und Kliniken. Sexuelle Gesundheit ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die nicht nur medizinische, sondern auch psychologische, soziale und kulturelle Aspekte berücksichtigen muss. Die

Ergebnisse zeigen zudem: Sexuelles Erleben ist lernbar. Diese Erkenntnis macht Hoffnung und eröffnet therapeutische Horizonte.

Diese Studie fügt sich in eine drängende gesellschaftliche Herausforderung ein: Körperliche Ursachen und Beschwerden im Zusammenhang mit weiblicher Sexualität sind weitgehend unerforscht. Dabei sind sie, wie das Sample dieser Studie illustriert, außerordentlich häufig: Neben der LEEP-Konisation schildern die Befragten diverse weitere urogenitale Eingriffe, von Hysterektomie über Septumresektion bis hin zu besonderen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen. Auch wenn die genauen Ursachen für die berichteten Veränderungen noch nicht vollständig geklärt sind, so ist das Erleben der cis-Frauen real und verdient wissenschaftliche Aufmerksamkeit. Die Tatsache, dass quantitative Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen, darf nicht dazu führen, dass die Erfahrungen der Betroffenen marginalisiert werden. Vielmehr unterstreicht sie die Notwendigkeit methodischer Innovation und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Desiderata für künftige Forschung sind prospektive Längsschnittstudien mit jüngeren Kohorten, die zeitliche Dynamiken präziser erfassen könnten. Die Integration objektiver neurologischer und psychometrischer Messverfahren würde helfen, die verschiedenen Verursachungsfaktoren zu entflechten. Besonders wichtig wäre die Verknüpfung objektiver medizinischer Parameter (Größe und Tiefe des entfernten Gewebes) mit subjektiven Erlebensdimensionen, um mögliche Zusammenhänge zu untersuchen. Auch die Differenzierung zwischen nervalen und funktionalen Ursachen der berichteten autonomen Symptome bleibt ein wichtiges Forschungsfeld, das interdisziplinäre Methodenansätze erfordert. Die Kombination qualitativer Tiefe mit quantitativer Repräsentativität könnte dem Forschungsfeld entscheidende Impulse geben.

Diese Arbeit versteht sich als Beitrag zu einer Vision, in der sexuelle Gesundheit als integraler Bestandteil der Lebensqualität systematisch mitgedacht wird. Eine Zukunft, in der cis-Frauen vor urogenitalen Eingriffen über die Vielfalt möglicher Veränderungen im sexuellen Erleben aufgeklärt werden, in der traumasensible Begleitung Standard ist und in der die Entwicklung alternativer Therapieverfahren, wie sie in der Onkologie bereits durch Hormon- und Immuntherapien voranschreitet, auch für präventive Eingriffe bei Krebsvorstufen forciert wird.

Die in dieser Studie entwickelten fünf Achsen können als Kompass dienen für eine Praxis, die Betroffene nicht als passive Patientinnen behandelt, sondern als Expertinnen ihres eigenen sexuellen Erlebens würdigt und begleitet. In diesem Sinne ist diese Arbeit nicht nur eine Analyse vergangener Erfahrungen, sondern fügt sich ein in die beginnende progressive Entwicklung hin zu einer patient*innenorientierten, ganzheitlichen Herangehensweise an sexuelle Gesundheit und Gesundheit insgesamt.

7 Verzeichnisse

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Sagittalschnitt Beckenorgane der Frau	107
Abb. 2	In die Vagina hineinragende Zervix	107
Abb. 3	Frontalschnitt der Gebärmutter mit Zervix	108
Abb. 4	Veränderungen im Erscheinungsbild des Muttermundes	108
Abb. 5	Histologische Veränderungen der Zervix	108
Abb. 6	Zelteffekt (Tenting)	109
Abb. 7	Anatomische Darstellung der sensiblen Innervation des weiblichen Genitals	109
Abb. 8	Schematische Darstellung der sensiblen Innervation des weiblichen Genitals	110
Abb. 9	Aktivierung des paracentralen Lobus im somatosensorischen Cortex durch Stimulation von Klitoris, Vagina und Zervix	110
Abb. 10	Schematische Darstellung der Innervierung der Zervix	111
Abb. 11	Karte der Lust	111
Abb. 12	Ausmaß des Lustempfindens bei verschiedenen Arten der sexuellen Stimulation	112
Abb. 13	Eingriffe an der Zervix und sexuelle Funktion	112
Abb. 14	Übersicht über die Häufigkeit der von den Studienteilnehmerinnen genannten Orgasmuserlebnisse	113
Abb. 15	Von der Virusinfektion zum Gebärmutterhalskrebs	113
Abb. 16	Verläufe von HPV-Infektionen	114
Abb. 17	Konisation	114
Abb. 18	LEEP-Konisation	115
Abb. 19	Zusammenhang zwischen Gewalt gegen Frauen und Gebärmutterhalskrebs	115
Abb. 20	Gesundheitliche Folgen von Gewalt in der Kindheit	116
Abb. 21	Gesundheitliche Folgen von Partnerschaftsgewalt gegen Frauen	116
Abb. 22	Einfluss von HPV-Diagnose und LEEP auf Angst/Depression, Lebensqualität und Sexualfunktion	117

7.2 Quellenverzeichnis

- Ackermann, M. (2024). Zwischen Kopf und Körper. Wie wir uns durch die Perspektiven der Polyvagal-Theorie selbst erzählen können und warum das der Psychotherapie helfen kann. In S. K. D. Sulz & M. Schreiner (Hrsg.), *Trauma und Traumatherapie* (95–105). Psychosozial-Verlag.
- Aker, S. Ş., Açar, E., Tinelli, A., Hatirnaz, S., & Ortaç, F. (2023). The Impact of HPV Diagnosis and Abnormal Cervical Cytology Results on Sexual Dysfunction and Anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3630. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043630>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT.
- Bartnik, P., Kacperczyk-Bartnik, J., Różańska-Walędziak, A., Wróbel, A., Kobierzycki, C., Czajkowski, K., & Romejko-Wolniewicz, E. (2025). The Impact of Surgical Conization of the Cervix and Loop Electrosurgical Excision Procedure on Female Sexual Function. *Cancers*, 17(6), 1033. <https://doi.org/10.3390/cancers17061033>
- Baser, R. E., Li, Y., & Carter, J. (2012). Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer*, 118(18), 4606–4618. <https://doi.org/10.1002/cncr.26739>
- Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. A. (2020). *Neuroscience: Exploring the Brain, Enhanced Edition* (4th ed). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Beier, K. M., & Pauls, A. (2021). Neurobiologie der Sexualität. In K. M. Beier, H. A. G. Bosinski, & K. Loewit (Hrsg.), *Sexualmedizin: Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit* (3. Auflage) (137–181). Elsevier.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H., & Antonovsky, A. (2009). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise* (Erweiterte Neuauflage). BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.4126/38m-002470156>
- Berkley, K. (2005). A life of pelvic pain. *Physiology & Behavior*, 86(3), 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.08.013>
- BfArM. (2024). *ICD-11 in Deutsch—Entwurfssfassung*. Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

- Biedermann, S. V. (2018). Sexuelle Funktionsstörungen nach Traumatisierung. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (95–115). Schattauer.
- Bischof, K. (2015). Nervensache – praxisorientierte Neurophysiologie der weiblichen Sexualität: A Matter of Nerves – Applied Neurophysiology of Female Sexuality. *Praxis*, 104(13), 695–700. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002044>
- Bischof, K. (2016). Lust auf Sex durch Lust am Sex- Das Begehren und die Neurophysiologie der Erotik. In A. Eck (Hrsg.), *Der erotische Raum: Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie* (183–198). Carl-Auer Verlag.
- Bischof, K. (2017). Sexocorporel-Sexualtherapie. In T. Harms & M. Thielen (Hrsg.), *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis* (121–138). Psychosozial-Verlag.
- Bischof, K. (2018). *Polyvagaltheorie im Sexocorporel* [Vortrag]. ISI-Tagung, Berlin. https://www.ziss.ch/site/assets/files/1045/2018_bischof_polyvagal_theorie.pdf
- Bischof, K. (2020). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In H.-J. Voß (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft: Bestandsaufnahme und Ausblick* (423–445). Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837976977>
- Bischof, K. (2024). Sexocorporel in der Behandlung sexueller Probleme von Frauen. In H.-J. Voß & H. Stumpe (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel* (153–164). Psychosozial-Verlag.
- Bischof-Campbell, A. (2012). *Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens* [Masterarbeit, Universität Zürich]. https://ziss.ch/site/assets/files/1045/masterarbeit_bischof-campbell_kl.pdf
- Bosman, M., Spronk, R., & Kuipers, G. (2019). Verbalizing Sensations: Making Sense of Embodied Sexual Experiences. *Qualitative Sociology*, 42(3), 411–430. <https://doi.org/10.1007/s11133-019-09426-y>
- Bragagna, E. (2016). „Österreich – eine sexuell gesunde Gesellschaft?“ In *Tagungsbericht Sexuelle Gesundheit* (10–15). BMGF. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/380/1/Sexuelle-Gesundheit--Tagungsbericht-2016.pdf>
- Bruno, M. T., Caruso, G., Torrisi, E., Grimaldi, R., Abate, B., Luciani, F. S., Basile, S., & Panella, M. M. (2024). The Impact of Diagnosis of Human Papillomavirus (HPV) Infection and Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) for Cervical Intraepithelial Neoplasia 3 (CIN3) on Women’s Sexual Lives. *Diagnostics*, 14(9), 911, 1–11. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14090911>

- Bryant, O. (2016). Interview im Zeit Magazin. „Die Zervix kann Frauen zu sehr intensiven Orgasmen bringen“. *Zeit Magazin*. <https://www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2016-07/zervix-sex-orgasmus-gebaermutterhals>
- Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (2025). *Gewebsentnahme Gebärmutterhals (Konisation)*. https://www.operieren.de/e3224/e10/e886/e898/e935/index_html
- Büttner, M. (2018). Einführung in die Thematik. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (3–94). Schattauer.
- Büttner, M. (2020a). Häusliche Gewalt und die Folgen für die Gesundheit. In M. Büttner (Hrsg.), *Handbuch häusliche Gewalt* (3–23). Schattauer.
- Büttner, M. (2020b). *Sexualität & Trauma – Diagnostik von Traumafolgen*. Handout zum Seminar «Sexualität und Trauma», München.
- Büttner, M., & Paschinger, K. (2018). Integrative psycho- und körpertherapeutische Behandlung von sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen. In *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (210–321). Schattauer.
- Campion, M. J., Brown, J. R., Mccance, D. J., Atia, W., Edwards, R., Cuzick, J., & Singer, A. (1988). Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 95(2), 175–181. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1988.tb06848.x>
- Cendejas, B. R., Smith-McCune, K. K., & Khan, M. J. (2015). Does treatment for cervical and vulvar dysplasia impact women’s sexual health? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(3), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.05.039>
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (Regisseur). (2023, Mai 25). *Wie gut ist die weibliche Sexualität im Vergleich zur männlichen erforscht? Mit Dr. Laura Hatzler* [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=roj4QZxfUqE>
- Cleary, V., & Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.05.008>
- Cleghorn, E. (2022). *Die kranke Frau: Wie Sexismus, Mythen und Fehldiagnosen die Medizin bis heute beeinflussen* (J. Elze & A. Emmert, Übers.). Kiepenheuer & Witsch.
- Cleveland Clinic. (2025). *What Is a LEEP Procedure?* <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/4711-loop-electrosurgical-excision-procedure-leep>

- Coker, A. L., Hopenhayn, C., DeSimone, C. P., Bush, H. M., & Crofford, L. (2009). Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. *Journal of Women's Health*, 18(8), 1179–1185. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1048>
- Collins, J. J., Lin, C. E., Berthoud, H. R., & Papka, R. E. (1999). Vagal afferents from the uterus and cervix provide direct connections to the brainstem. *Cell and Tissue Research*, 295(1), 43–54. <https://doi.org/10.1007/s004410051211>
- Correia, R. A., Bonfim, C. V. D., Feitosa, K. M. A., Furtado, B. M. A. S. M., Ferreira, D. K. D. S., & Santos, S. L. D. (2020). Sexual dysfunction after cervical cancer treatment. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54, e03636. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019029903636>
- Daley, E. M., Perrin, K. M. (Kay), McDermott, R. J., Vamos, C. A., Rayko, H. L., Packing-Ebuen, J. L., Webb, C., & McFarlane, M. (2010). The Psychosocial Burden of HPV: A Mixed-method Study of Knowledge, Attitudes and Behaviors among HPV+ Women. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 279–290. <https://doi.org/10.1177/1359105309351249>
- Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2024). Sexocorporel: Erotische Kompetenz für alle zugänglich gemacht. In H.-J. Voß & H. Stumpe (Hrsg.), *Grundlagen des Sexocorporel* (71–118). Psychosozial Verlag.
- DGGG e. V., BVF e. V. (2023). *Leitfaden Respektvoller Umgang mit Patientinnen in Praxis und Klinik in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Berufsverband der Frauenärzte. https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2023/Leitfaden_Respektvoller_Umgang_mit_Patientinnen_2023.pdf
- DocCheck. (2023). *Adenomyosis uteri*. DocCheck Flexikon. https://flexikon.doc-check.com/de/Adenomyosis_uteri
- DocCheck. (2024). *Portioektomie*. DocCheck Flexikon. <https://flexikon.doc-check.com/de/Portioektomie>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage 2016). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Eurocytology. (2025). *Anatomy, physiology and histology of the cervix*. <https://win.eurocytology.eu/static/eurocytology/ENG/cervical/LP1ContentAcont.html>

- Fair, S., Meade, K. G., Reynaud, K., Druart, X., & De Graaf, S. P. (2019). The biological mechanisms regulating sperm selection by the ovine cervix. *Reproduction*, 158(1), R1–R13. <https://doi.org/10.1530/REP-18-0595>
- Frederiksen, M. E., Njor, S., Lynge, E., & Rebolj, M. (2015). Psychological effects of diagnosis and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: A systematic review. *Sexually Transmitted Infections*, 91(4), 248–256. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051754>
- Fugl-Meyer, K. S., Öberg, K., Lundberg, P. O., Lewin, B., & Fugl-Meyer, A. (2006). On Orgasm, Sexual Techniques, and Erotic Perceptions in 18- to 74-Year-Old Swedish Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(1), 56–68. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00170.x>
- Gath, D. H., Hallam, N., Mynors-Wallis, L., Day, A., & Bond, S. A. (1995). Emotional reactions in women attending a UK colposcopy clinic. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 49(1), 79–83. <https://doi.org/10.1136/jech.49.1.79>
- Giovannetti, O., Tomalty, D., Gilmore, S., Pattison, A., Komisaruk, B. R., Goldstein, S., Hannan, J., Goldstein, I., Pukall, C., & Adams, M. A. (2023). The contribution of the cervix to sexual response: An online survey study. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(1), 49–56. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac010>
- Giovannetti, O., Tomalty, D., Greco, S., Kment, B., Komisaruk, B. R., Hannan, J., Goldstein, S., Goldstein, I., & Adams, M. A. (2023). Patient and provider perspectives on LEEP/LLETZ treatment and outcomes: An interview study. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(7), 977–990. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad026>
- Giovannetti, O., Tomalty, D., Velikonja, L., Jurkus, C., & Adams, M. A. (2023). The human cervix: Comprehensive review of innervation and clinical significance. *Clinical Anatomy*, 36(1), 118–127. <https://doi.org/10.1002/ca.23960>
- Goldstein, I., & Komisaruk, B. R. (2020). Is Evidence Based on What We Know or Do Not Know? Secrets of the Cervix. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.11.001>
- Goldstein, I., Komisaruk, B. R., Pukall, C. F., Kim, N. N., Goldstein, A. T., Goldstein, S. W., Hartzell-Cushman, R., Kellogg-Spadt, S., Kim, C. W., Jackowich, R. A., Parish, S. J., Patterson, A., Peters, K. M., & Pfaus, J. G. (2021). International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Review of Epidemiology and Pathophysiology, and a Consensus Nomenclature and Process of Care for the Management of Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia

- (PGAD/GPD). *The Journal of Sexual Medicine*, 18(4), 665–697.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.01.172>
- Hahlweg, P., Bieber, C., Levke Brütt, A., Dierks, M.-L., Dirmaier, J., Donner-Banzhoff, N., Eich, W., Geiger, F., Klemperer, D., Koch, K., Körner, M., Müller, H., Scholl, I., & Härter, M. (2022). Moving towards patient-centered care and shared decision-making in Germany. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 171, 49–57. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.001>
- Hartmann, U. (2016). Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzbarkeit. In *Tagungsbericht Sexuelle Gesundheit* (16–19). BMGF. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/380/1/Sexuelle-Gesundheit--Tagungsbericht-2016.pdf>
- Heinzler, J., Brucker, J., Bruckner, T., Dinkic, C., Hoffmann, J., Dornhöfer, N., Seitz, S., Sohn, C., Rom, J., Schott, T. C., & Schott, S. (2018). Impact of a cervical dysplasia and its treatment on quality of life and sexual function. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298(4), 737–745. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4853-y>
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hellsten, C., Lindqvist, P., & Sjöström, K. (2008). A longitudinal study of sexual functioning in women referred for colposcopy: A 2-year follow up. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(2), 205–211.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01503.x>
- Henes, M., Mann, E., Hirchenhain, C., Bauer, E., Kentner, A., Quaas, J., Koßagk, C., Gallwas, J., Henes, L., Schumacher, A., & Küppers, V. (2023). Registry Study of the Working Group on Cervical Pathology and Colposcopy (AGCPC) on the Diagnostic Algorithm for the New Cervical Cancer Screening – Initial Data. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 83(10), 1250–1262. <https://doi.org/10.1055/a-2159-7510>
- Hillemanns, P., Tempfer, C., Beckmann, M. W., Küppers, V., & Quaas, J. (2020). Stellungnahme von AGO und AG-CPC zur Nachsorge/Nachkontrolle von operativen Eingriffen am unteren Genitaltrakt nach Einführung der neuen Krebsfrüherkennungs-Richtlinie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80(08), 809–812.
<https://doi.org/10.1055/a-1193-5136>
- Hoy, M., Villwock, P., Strauß, B., & Brenk-Franz, K. (2021). Die Rolle der Stimulationsart für den weiblichen Orgasmus: Psychometrische Eigenschaften der deutschsprachigen Version der Female Orgasm Scale (FOS) und der Clitoris Self-Stimulation

- Scale (CSSS). *Zeitschrift für Sexualforschung*, 34(02), 79–88.
<https://doi.org/10.1055/a-1479-8904>
- Hubald, S. (2020). *Folgen von LEEP-Konisationen hinsichtlich psychischer Belastung und Sexualität* [Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München].
<https://doi.org/10.5282/EDOC.26762>
- Huber, M. (2018). Keine Sexualität kann auch eine prima Alternative sein. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (410–424). Schattauer.
- Huber, M. (2020). *Trauma und die Folgen. Trauma und die Traumabehandlung, Teil 1* (6., überarbeitete Neuauflage). Junfermann Verlag.
- Inna, N., Phianmongkhol, Y., & Charoenkwan, K. (2010). Original Research—Surgery: Sexual Function after Loop Electrosurgical Excision Procedure for Cervical Dysplasia. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1291–1297.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01633.x>
- Jannini, E., Buisson, O., & Rubio-Casillas, A. (2014). Beyond the G-spot: Clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm. *Nature reviews. Urology*, 11.
<https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.193>
- Jentschke, M., Lehmann, R., Drews, N., Hansel, A., Schmitz, M., & Hillemanns, P. (2020). Psychological distress in cervical cancer screening: Results from a German online survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(3), 699–705.
<https://doi.org/10.1007/s00404-020-05661-9>
- Juraskova, I., Butow, P., Sharpe, L., & Champion, M. (2007). ‘What does it mean?’ uncertainty, trust and communication following treatment for pre-cancerous cervical abnormalities. *Psycho-Oncology*, 16(6), 525–533.
<https://doi.org/10.1002/pon.1104>
- Kenter, A. (2023). *Sexocorporel und frühe Traumatisierung* [Unveröffentlichte Masterarbeit, Hochschule Merseburg].
- Kilgard, M. P., & Merzenich, M. M. (1998). Cortical Map Reorganization Enabled by Nucleus Basalis Activity. *Science*, 279(5357), 1714–1718. <https://doi.org/10.1126/science.279.5357.1714>
- Kilkku, P., Grönroos, M., Hirvonen, T., & Rauramo, L. (1983). Supra Vaginal Uterine Amputation VS. Hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 62(2), 147–152. <https://doi.org/10.3109/00016348309155779>

- King, R., Belsky, J., Mah, K., & Binik, Y. (2011). Are There Different Types of Female Orgasm? *Archives of Sexual Behavior*, 40(5), 865–875.
<https://doi.org/10.1007/s10508-010-9639-7>
- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faught, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., Gudeman, J., Krop, J., & Simon, J. A. (2019). Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient–Clinician Communications. *Journal of Women's Health*, 28(4), 432–443.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352>
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. W.B. Saunders Company.
- Komisaruk, B. R., Beyer-Flores, C., & Whipple, B. (2006). *The Science of Orgasm*. Johns Hopkins University Press.
- Komisaruk, B. R., Frangos, E., & Whipple, B. (2011). Hysterectomy Improves Sexual Response? Addressing a Crucial Omission in the Literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 18(3), 288–295. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2011.01.012>
- Komisaruk, B. R., & Rodriguez Del Cerro, M. C. (2022). Orgasm and Related Disorders Depend on Neural Inhibition Combined With Neural Excitation. *Sexual Medicine Reviews*, 10(4), 481–492. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2022.07.001>
- Komisaruk, B. R., & Whipple, B. (2005). Functional MRI of the Brain during Orgasm in Women. *Annual Review of Sex Research*, 16(1), 62–86.
<https://doi.org/10.1080/10532528.2005.10559829>
- Komisaruk, B. R., Whipple, B., Crawford, A., Grimes, S., Liu, W.-C., Kalnin, A., & Mozier, K. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the Vagus nerves. *Brain Research*, 1024(1–2), 77–88. <https://doi.org/10.1016/j.brain-res.2004.07.029>
- Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Liu, W., Allen, K., & Brody, S. (2011). Women's Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex: fMRI Evidence. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(10), 2822–2830. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02388.x>
- Krebsinformationsdienst Deutsches Krebsforschungszentrum. (2024). *Weibliche Sexualität und Krebs*. <https://www.krebsinformationsdienst.de/fileadmin/pdf-dateien/broschueren/krebspatientin-sexualitaet.pdf>

- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31468-2>
- Ladas, A. K., Whipple, B., Perry, J. D., & Hutcherson, H. (2005). *The G spot: And other discoveries about human sexuality* (1st Owl Books ed). Henry Holt.
- Lee Mortensen, G., & Adeler, A. L. (2010). Qualitative study of women's anxiety and information needs after a diagnosis of cervical dysplasia. *Journal of Public Health*, 18(5), 473–482. <https://doi.org/10.1007/s10389-010-0330-1>
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2020, März). *Prävention des Zervixkarzinoms, Langversion 1.1*. AWMF Registernummer: 015/027OL. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Zervixkarzinom_Praevention/LL_Praevention_des_Zervixkarzinoms_Langversion_1.1.pdf
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2021). *Patientenleitlinie Gebärmutterhalskrebs*. Leitlinienprogramm Onkologie. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Patientenleitlinie_Gebaermutterhalskrebs_180-0012_2022.pdf
- Lellé, R. J. (2011). *Literatur zur Genauigkeit der Gewebeentnahme bei Kolposkopie*. AG Zervixpathologie und Kolposkopie, Sektion der DGGG, Berlin. <https://www.ag-cpc.de/wp-content/uploads/2018/07/PE.pdf>
- Levin, R. J. (2005). The involvement of the human cervix in reproduction and sex. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(2), 251–260. <https://doi.org/10.1080/14681990500113195>
- Levin, R. J. (2011). Can the Controversy About the Putative Role of the Human Female Orgasm in Sperm Transport be Settled with Our Current Physiological Knowledge of Coitus? *The Journal of Sexual Medicine*, 8(6), 1566–1578. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02162.x>
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- Litman, E. A., & Cigna. (2022). Female Sexual Dysfunction in Women After Treatment of Cervical Dysplasia. *Sexual Medicine Reviews*, 10(3), 360–366. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2022.02.003>
- Mangler, M., Carstensen, R., Kogelboom, E., & Leßmann, S. (2024). *Das große Gynbuch: Selbstbewusst für den eigenen Körper entscheiden: Sex, Zyklus, Wechseljahre aus weiblicher Sicht neu verstehen: Krankheiten erkennen und therapieren*. Insel.

- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl). Beltz.
- McCaffery, K., Waller, J., Nazroo, J., & Wardle, J. (2006). Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: A qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2), 169–174. <https://doi.org/10.1136/sti.2005.016436>
- McCartney, J. (2025). *Internal Vaginas*. <https://jamiemccartney.com/internal-vaginas/>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Dolezal, C. (2007). The Female Sexual Function Index: A Methodological Critique and Suggestions for Improvement. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(3), 217–224. <https://doi.org/10.1080/00926230701267852>
- Mishra, N., Singh, N., Sachdeva, M., & Ghatage, P. (2021). Sexual Dysfunction in Cervical Cancer Survivors: A Scoping Review. *Women's Health Reports*, 2(1), 594–607. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0035>
- Morse, R. M., Brown, J., Gage, J. C., Prieto, B. A., Jurczuk, M., Matos, A., Vásquez Vásquez, J., Reátegui, R. R., Meza-Sanchez, G., Córdova, L. A. D., Gravitt, P. E., Tracy, J. K., Paz-Soldan, V. A., & the Proyecto Precancer Study Group. (2023). “Easy women get it”: Pre-existing stigma associated with HPV and cervical cancer in a low-resource setting prior to implementation of an HPV screen-and-treat program. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17324-w>
- MRI Sex: Bd. #119*. (2009). [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=OVAdCKaU3vY>
- Mühlhauser, I., & Filz, M. (2008). Screening auf Zervixkarzinom. Informationen zur Beratung von Frauen. *arznei-telegramm*, 39, 29–38. https://www.arznei-telegramm.de/html/2008_03/0803029_01.html
- Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit. (2012). *Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Informationen und Erfahrungen. Eine Entscheidungshilfe*. http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/downloads/60197_Fruherkennung%20Gebarmutterhalskrebs_0315.pdf
- Nemati, A.-L. J., & Weitkamp, K. (2023). The female orgasmic state and the different dimensions of the female sexual experience: Lessons learned from expert interviews. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(2), 147–170. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1789089>
- Nott, J. P., Bonney, E. A., Pickering, J. D., & Simpson, N. A. B. (2016). The structure and function of the cervix during pregnancy. *Translational Research in Anatomy*, 2, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.tria.2016.02.001>

- ONKO Internetportal. (2018). *Gebärmutter, Zervix—Anatomie und Funktion*.
<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/gebaermutterhalskrebs/anatomie-und-funktion.html>
- Ooi, S., Eskaroos, M. A., Pather, S., Carter, J., & Saidi, S. (2022). Patient expectations and experiences with loop electrosurgical excision procedure in inpatient and outpatient settings. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 62(5), 720–724. <https://doi.org/10.1111/ajo.13556>
- Orr, N., Wahl, K., Joannou, A., Hartmann, D., Valle, L., Yong, P., International Society for the Study of Women's Sexual Health's (ISSWSH) Special Interest Group on Sexual Pain, Babb, C., Kramer, C. W., Kellogg-Spadt, S., & Renzelli-Cain, R. I. (2020). Deep Dyspareunia: Review of Pathophysiology and Proposed Future Research Priorities. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 3–17.
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.12.007>
- Parish, S. J., Hahn, S. R., Goldstein, S. W., Giraldi, A., Kingsberg, S. A., Larkin, L., Min-kin, M. J., Brown, V., Christiansen, K., Hartzell-Cushman, R., Kelly-Jones, A., Rullo, J., Sadovsky, R., & Faubion, S. S. (2019). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(5), 842–856.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.009>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Pfaus, J. G. (2025). Orgasms, sexual pleasure, and opioid reward mechanisms. *Sexual Medicine Reviews*, qeaf023. <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeaf023>
- Pfaus, J. G., Jones, S. L., Flanagan-Cato, L. M., & Blaustein, J. D. (2015). Female Sexual Behavior. In *Knobil and Neill's Physiology of Reproduction* (2287–2370). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397175-3.00050-8>
- Pilger, A., Richter, R., Fotopoulou, C., Beteta, C., Klapp, C., & Sehouli, J. (2012). Quality of Life and Sexuality of Patients after Treatment for Gynaecological Malignancies: Results of a Prospective Study in 55 Patients. *ANTICANCER RESEARCH*.
<https://ar.iiarjournals.org/content/anticancer/32/11/5045.full.pdf>
- Plotti, F., Rossini, G., Ficarola, F., De Cicco Nardone, C., Montera, R., Guzzo, F., Luvero, D., Fabris, S., Angioli, R., & Terranova, C. (2022). Early Mini-Invasive Treatment

- of Persistent Cervical Dysplasia: Clinical Outcome and Psycho-Relational Impact. *Frontiers in Surgery*, 9, 888457. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.888457>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- Pramataroff-Hamburger, V. (2018). Erfahrungen mit sexuell traumatisierten Patientinnen in einer gynäkologischen Praxis. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (399-409). Schattauer.
- Rahm, D., & Meggyesy, S. (2024). Somatic Experiencing. Wege von der Dysregulation zu Regulationsfähigkeit und Resilienz. In S. K. D. Sulz & M. Schreiner (Hrsg.), *Trauma und Traumatherapie* (117–138). Psychosozial-Verlag.
- Rahman, M. M., Jahan, R., Ferdous, J., & Islam, F. (2017). The Impact of Loop Electrosurgical Excision Procedure for Cervical Intraepithelial Neoplasia on Female Sexual Function. *Bangladesh Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 31(2), 81–85. <https://doi.org/10.3329/bjog.v31i2.34215>
- Rasmusson, E.-M., & Thomé, B. (2008). Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sexuality and Disability*, 26(4), 207–218. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9097-5>
- Ring, L. L., Munk, C., Galanakis, M., Tota, J. E., Thomsen, L. T., & Kjaer, S. K. (2023). Incidence of cervical precancerous lesions and cervical cancer in Denmark from 2000 to 2019: Population impact of multi-cohort vaccination against human papillomavirus infection. *International Journal of Cancer*, 152(7), 1320–1327. <https://doi.org/10.1002/ijc.34328>
- Robert Koch-Institut. (2018). *Epidemiologisches Bulletin 26 / 2018*. <http://dx.doi.org/10.25646/5785>
- Robert Koch-Institut. (2023). *Humane Papillomviren*. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_HP.V.html
- Robert Koch-Institut. (2024). *Gebärmutterhalskrebs*. https://www.krebsdaten.rki.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs_node.html
- Robert Koch-Institut. (2025). *Antworten auf häufig gestellte Fragen zu HPV-Impfung und HPV-Infektion*. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/HPV/FAQ-Liste_HP.V_Impfen.html

- Salonia, A., Giraldi, A., Chivers, M. L., Georgiadis, J. R., Levin, R., Maravilla, K. R., & McCarthy, M. M. (2010). Physiology of Women's Sexual Function: Basic Knowledge and New Findings. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2637–2660. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01810.x>
- Schultz, W. W., Van Andel, P., Sabelis, I., & Mooyaart, E. (1999). Magnetic resonance imaging of male and female genitals during coitus and female sexual arousal. *BMJ*, 319(7225), 1596–1600. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7225.1596>
- Serati, M., Salvatore, S., Cattoni, E., Zanirato, M., Mauri, S., Siesto, G., Cromi, A., Ghezzi, F., & Bolis, P. (2010). The Impact of the Loop Electrosurgical Excisional Procedure for Cervical Intraepithelial Lesions on Female Sexual Function. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(6), 2267–2272. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01819.x>
- Sikorska, M., Pawłowska, A., Antosik-Wójcińska, A., Zyguła, A., Suchońska, B., & Dominiak, M. (2023). The Impact of HPV Diagnosis and the Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) on Mental Health and Sexual Functioning: A Systematic Review. *Cancers*, 15(8), 2226. <https://doi.org/10.3390/cancers15082226>
- Stasinou, S. M., Valasoulis, G., Kyrgiou, M., Malamou-Mitsi, V., Bilirakis, E., Pappa, L., Deligeoroglou, E., Nasioutziki, M., Founta, C., Daponte, A., Koliopoulos, G., Loufopoulos, A., Karakitsos, P., & Paraskevidis, E. (2012). Large Loop Excision of the Transformation Zone and Cervical Intraepithelial Neoplasia: A 22-Year Experience. *ANTICANCER RESEARCH*. <https://ar.iiarjournals.org/content/anticancer/32/9/4141.full.pdf>
- Steinbeck, V., Ernst, S.-C., & Pross, C. (2021). *Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): Ein internationaler Vergleich: Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland*. <https://doi.org/10.11586/2021053>
- Stephan, A.-J., Reuschenbach, M., Saxena, K., Prabhu, V., Jacob, C., Schneider, K., Greiner, W., Wölle, R., & Hampl, M. (2022). Healthcare Costs and Resource Use Associated With Cervical Intraepithelial Neoplasia and Cervical Conization: A Retrospective Study of German Statutory Health Insurance Claims Data. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*. <https://doi.org/10.36469/jheor.2022.35329>
- Suchońska, B. E., Sikorska, M., Majewska, A., Dominiak, M., Salloum, D., Antosik-Wójcińska, A., Mierzejewski, P., & Zyguła, A. (2025). *Impact of Loop Electrosurgical Excision (LEEP/LLETZ) on the Quality of Sexual Life In Women of*

- Reproductive Age – a Prospective Longitudinal Study*. Medicine and Pharmacology. <https://doi.org/10.20944/preprints202502.0028.v1>
- Sztenc, M. (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie: Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel*. Schattauer Verlag (Klett).
- Themes, U. F. O. (2020). Genitalbereich. *Radiology Key*. <https://radiologykey.com/genitalbereich/>
- Tommaso, S., Cavallotti, C., Malvasi, A., Vergara, D., Rizzello, A., Nuccio, F., & Tinelli, A. (2016). A Qualitative and Quantitative Study of the Innervation of the Human Non Pregnant Uterus. *Current Protein & Peptide Science*, 18(2), 140–148. <https://doi.org/10.2174/1389203717666160330105341>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Vilkama, A. (2024). *Vulvakarzinom – Aspekte weiblicher Sexualität in Kontext einer Vulvakarzinomerkkrankung* [Masterarbeit, Hochschule Merseburg]. <https://opendata.uni-halle.de/handle/1981185920/103553>
- von Franqué, F., & Briken, P. (2018). Hypersexuelle Störung bei sexuellen Missbrauchserfahrungen. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (116–122). Schattauer.
- Waller, J., Marlow, L. A. V., & Wardle, J. (2007). The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sexually Transmitted Infections*, 83(2), 155–159. <https://doi.org/10.1136/sti.2006.023333>
- Wang, H., Nie, K., Liu, Z., Zhao, Y., Ha, Y., Zhang, H., & Mao, D. (2024). Analysis of risk factors associated with cervical HPV infection and their effects on female sexual function and anxiety: A multicenter cross-sectional study based on Chinese women. *Frontiers in Oncology*, 14, 1468160. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1468160>
- Weitkamp, K., & Wehrli, F. S. V. (2023). Women’s Experiences of Different Types of Orgasms—A Call for Pleasure Literacy? *International Journal of Sexual Health*, 35(2), 193–208. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2182861>
- Widschwendter, A. (2025). HPV-Infektion. *Gyn-Op*. <https://gyn-op.at/hpv-infektion/>
- Wojcinski, M. (2021). 14 Jahre HPV-Impfung: Was haben wir erreicht? *Der Gynäkologe*, 54(11), 801–809. <https://doi.org/10.1007/s00129-021-04869-3>
- World Health Organization. (2024). *Cervical Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

- World Health Organization. (2025). *Sexual Health*. <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
- Yong, P. J., Williams, Ch., Yosef, A., Wong, F., Bedaiwy, M. A., Lisonkova, S., & Allaire, C. (2017). Anatomic Sites and Associated Clinical Factors for Deep Dyspareunia. *Sexual Medicine*, 5(3), e184–e195. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.07.001>
- ZERVITA. (2025). *Gebärmutterhalskrebs – HPV*. <https://zervita.de/hpv-und-krebs/gebaermutterhalskrebs/>
- Zussman, L., Zussman, S., Sunley, R., & Bjornson, E. (1981). Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: Recent studies and reconsideration of psychogenesis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 140(7), 725–729. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(81\)90730-4](https://doi.org/10.1016/0002-9378(81)90730-4)

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Abbildungen	107
Anhang 2: Ausschreibungen für Interviews	118
Anhang 3: Informationsblatt zum Datenschutz	119
Anhang 4: Einwilligungserklärung	121
Anhang 5: Interviewleitfaden	123
Anhang 6: Transkriptionsregeln	127
Anhang 7: Codiersystem und Codierleitfaden	130

Externer Anhang: Transkripte der Interviews mit B01, B02, B03, B04, B05, B06

Anhang 1: Abbildungen

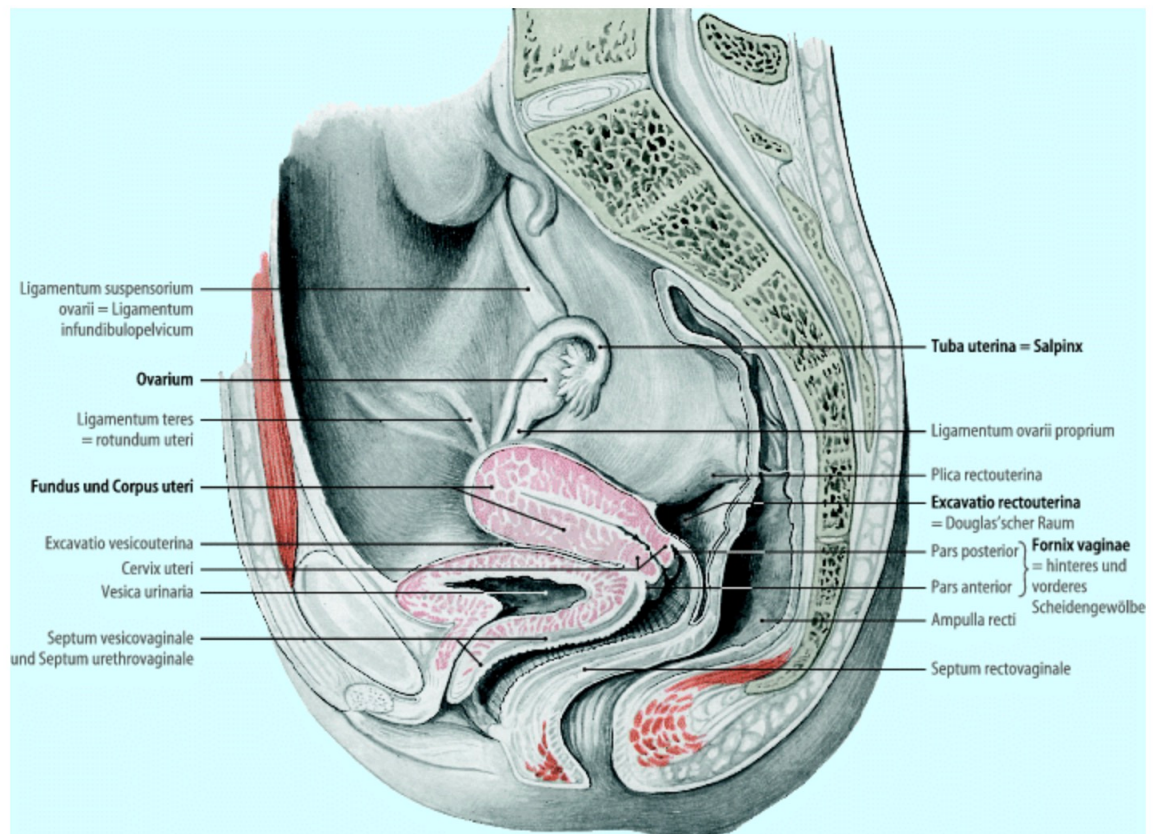
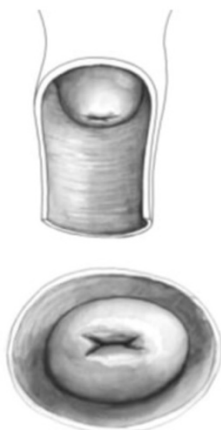


Abb. 19.2

Beckenorgane der Frau. Aus *Tillmann (2009)* Atlas der Anatomie. Springer, Heidelberg

Abb. 1 – Sagittalschnitt Beckenorgane der Frau



Anatomie des Gebärmutterhalses, Bild-Copyright: Prof. Beckmann, Universität-Frauenklinik Erlangen

(ONKO Internetportal, 2018)

Abb. 2 – In die Vagina hineinragende Zervix

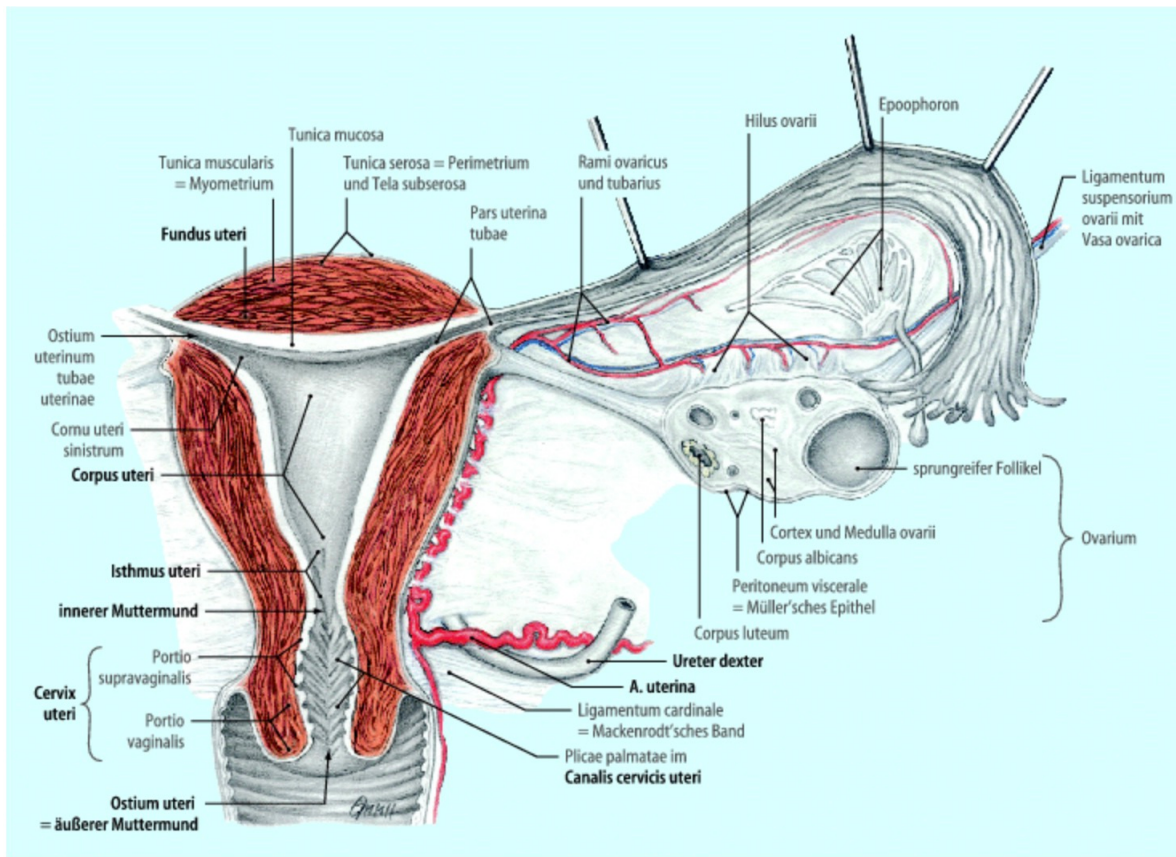


Abb. 19.3

Fr Bildschirmfoto erus, Tube und Ovar. Aus **Tillmann (2009)** Atlas der Anatomie. Springer, Heidelberg

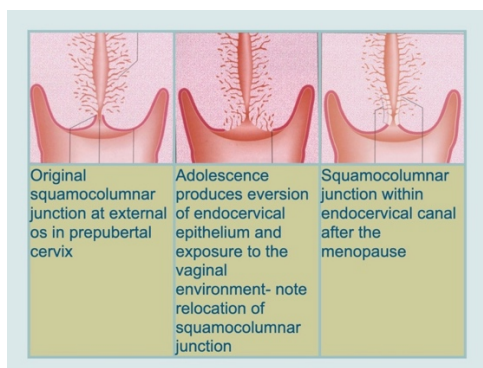
(Themes, 2020)

Abb. 3 – Frontalschnitt der Gebärmutter mit Zervix



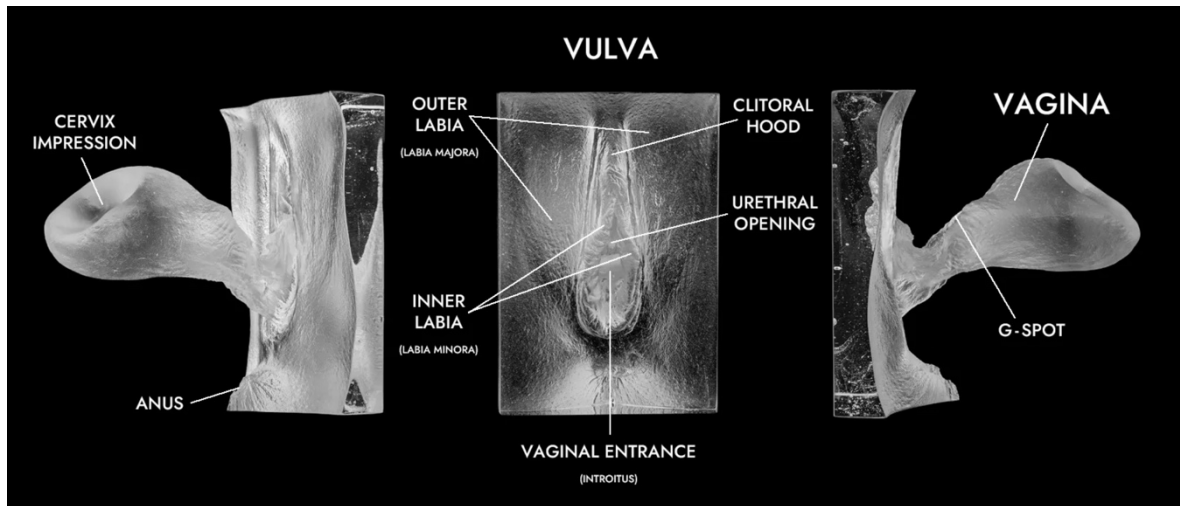
(Eurocytology, 2025)

Abb. 4 – Veränderungen im Erscheinungsbild des Muttermundes



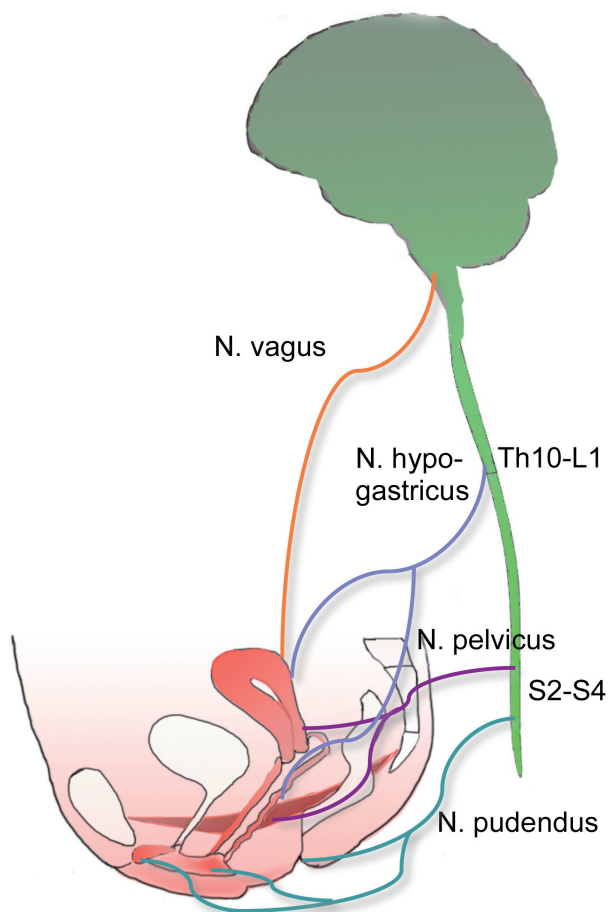
(Eurocytology, 2025)

Abb. 5 – Histologische Veränderungen der Zervix



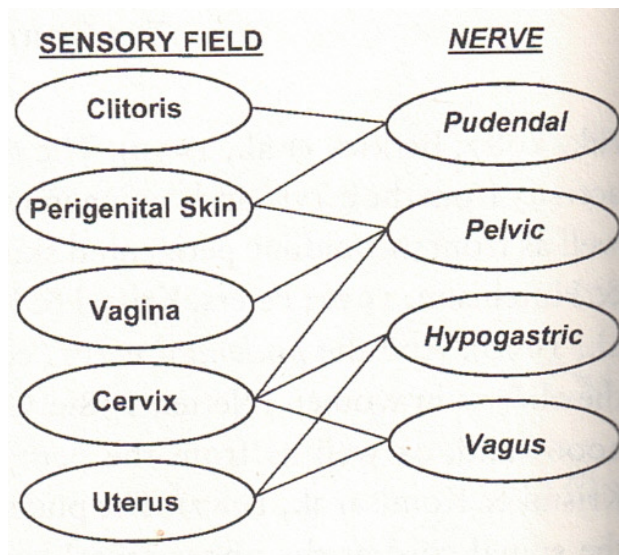
(McCartney, 2025)

Abb. 6 – Zelteffekt (Tenting)



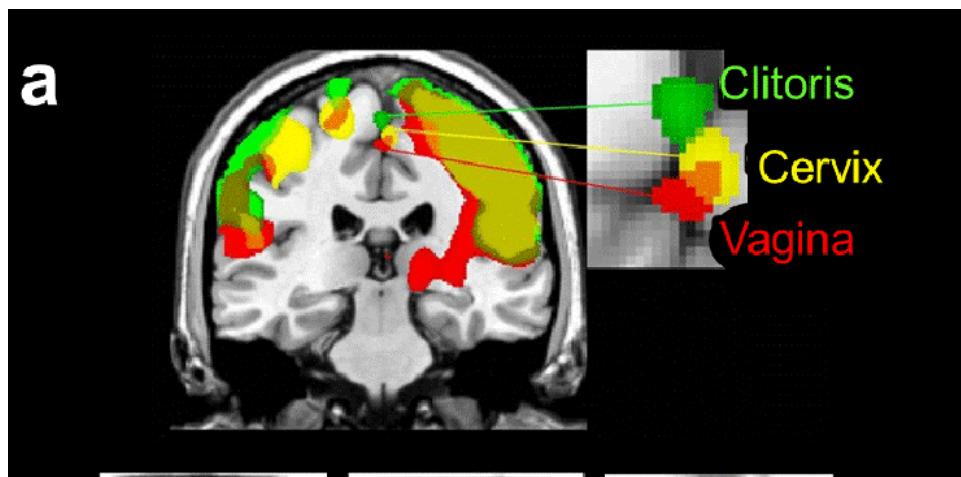
(Bischof, 2015, S. 696)

Abb. 7 – Anatomische Darstellung der sensiblen Innervation des weiblichen Genitals



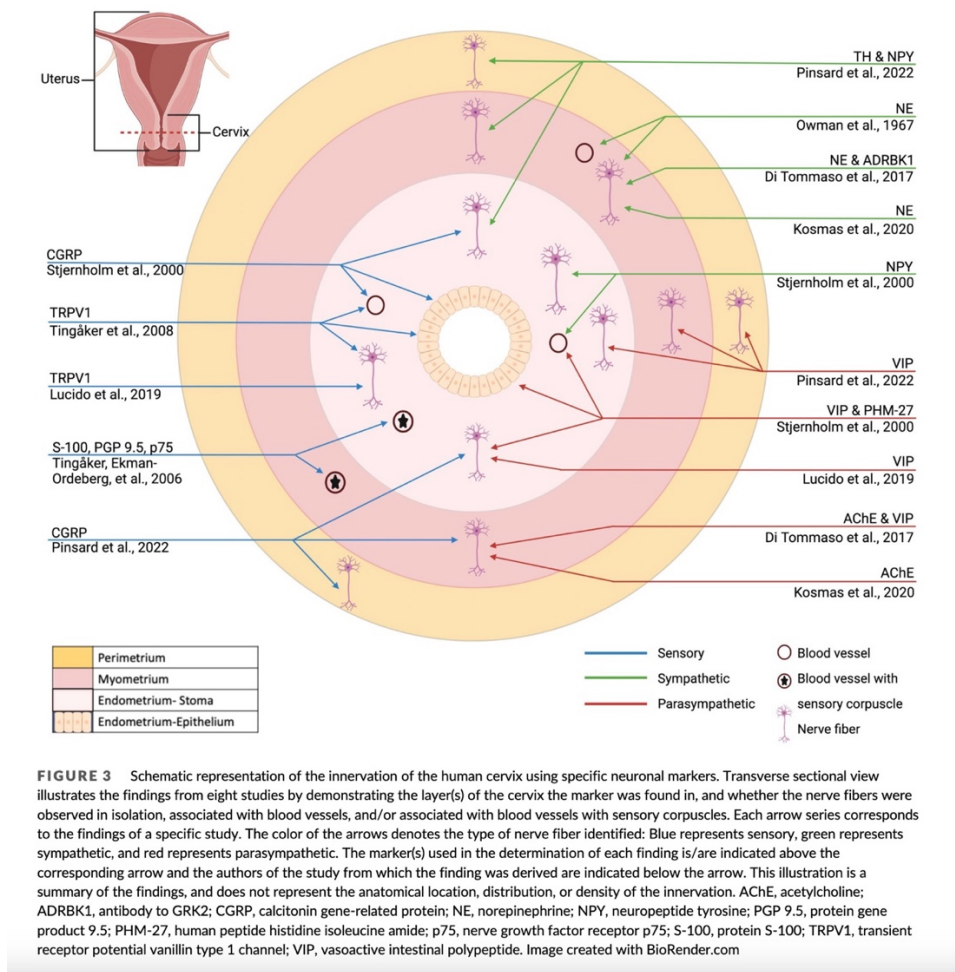
(Komisaruk et al., 2006: 228)

Abb. 8 – Schematische Darstellung der sensiblen Innervation des weiblichen Genitals



(Komisaruk, Wise et al., 2011: 10)

Abb. 9 – Aktivierung des paracentralen Lobus im somatosensorischen Cortex durch Stimulation von Klitoris, Vagina und Zervix



(Giovannetti, Tomalty, Velikonja et al., 2023: 85)

Abb. 10 – Schematische Darstellung der Innervierung der Zervix

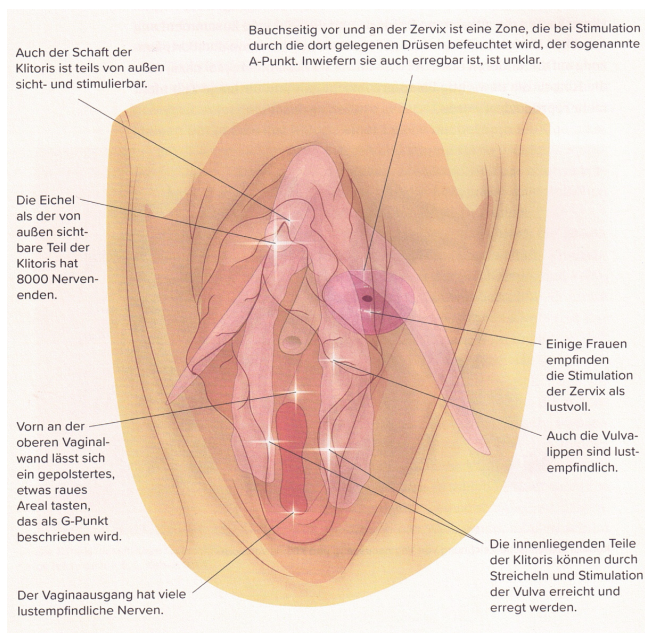
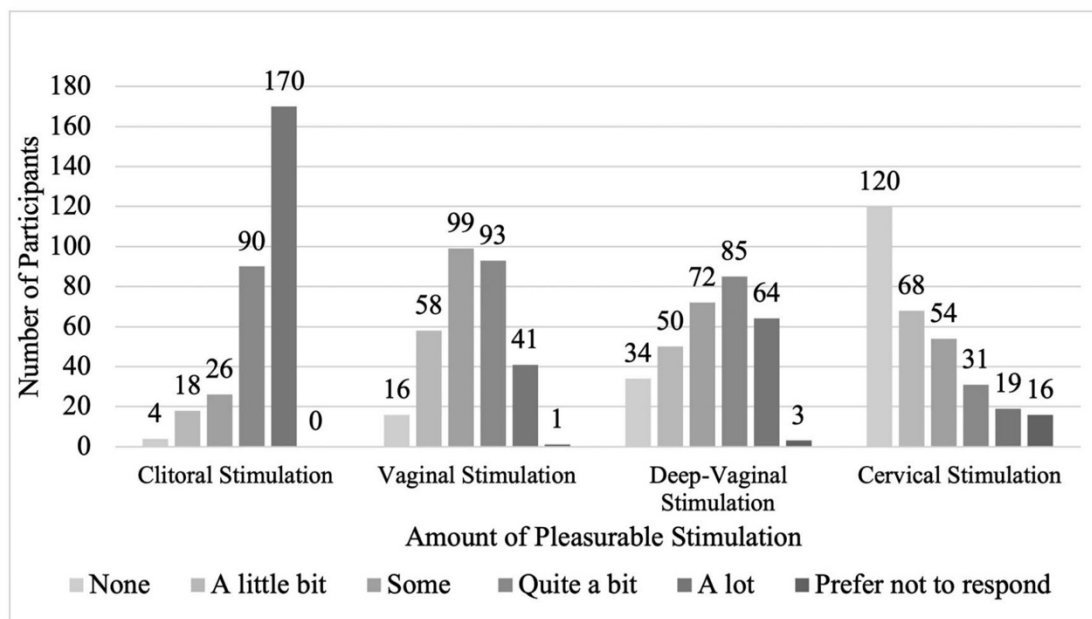


Illustration von Smilla Leßmann (Mangler et al., 2024: 38)

Abb. 11 – Karte der Lust



(Giovannetti, Tomalty, Gilmore et al., 2023: 52)

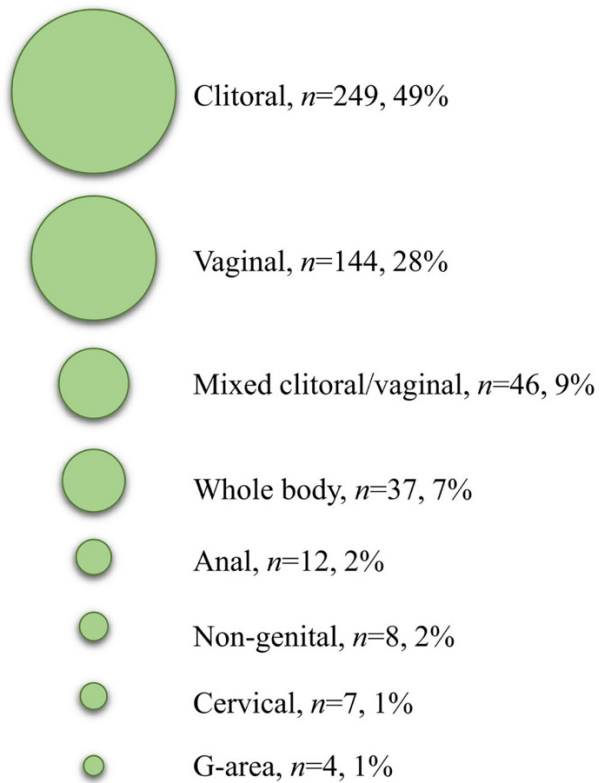
Abb. 12 – Ausmaß des Lustempfindens bei verschiedenen Arten der sexuellen Stimulation

Outcome variable	Noncervical		Cervical		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i> value	<i>d</i>
	No.	Mean (SD)	No.	Mean (SD)				
Desire								
Frequency	25	3.64 (1.08)	47	2.49 (1.30)	3.79	70	<.001*	0.94
Level	25	3.56 (1.16)	47	2.45 (1.18)	3.85	70	<.001*	0.95
Arousal								
Frequency	24	4.29 (0.86)	46	2.89 (1.64)	4.70	67.98	<.001*	0.98
Level	24	3.79 (1.02)	46	2.52 (1.35)	4.41	58.88	<.001*	1.02
Discomfort/pain								
Clitoral	24	1.13 (0.45)	46	1.87 (1.00)	4.28	66.89	<.001*	0.86
Vaginal	24	1.54 (0.78)	46	2.11 (1.60)	2.00	67.82	.050	1.21
Deep vaginal	24	1.58 (0.97)	46	2.09 (1.68)	1.58	67.17	.118	0.34
Cervical	23	1.43 (0.90)	46	2.22 (1.83)	2.39	67.00	.020*	0.50
Lubrication								
Frequency	24	3.92 (1.44)	46	2.96 (1.69)	2.37	68	.016*	0.60
Level of difficulty	24	1.71 (1.04)	46	2.48 (1.53)	2.48	63.10	.016*	0.56
Frequency of feeling deterred	25	1.2 (0.76)	47	2.17 (1.40)	3.80	69.93	<.001*	0.79

*Significant at the adjusted value of $P < .025$. '*d*' refers to Cohen's *d*.

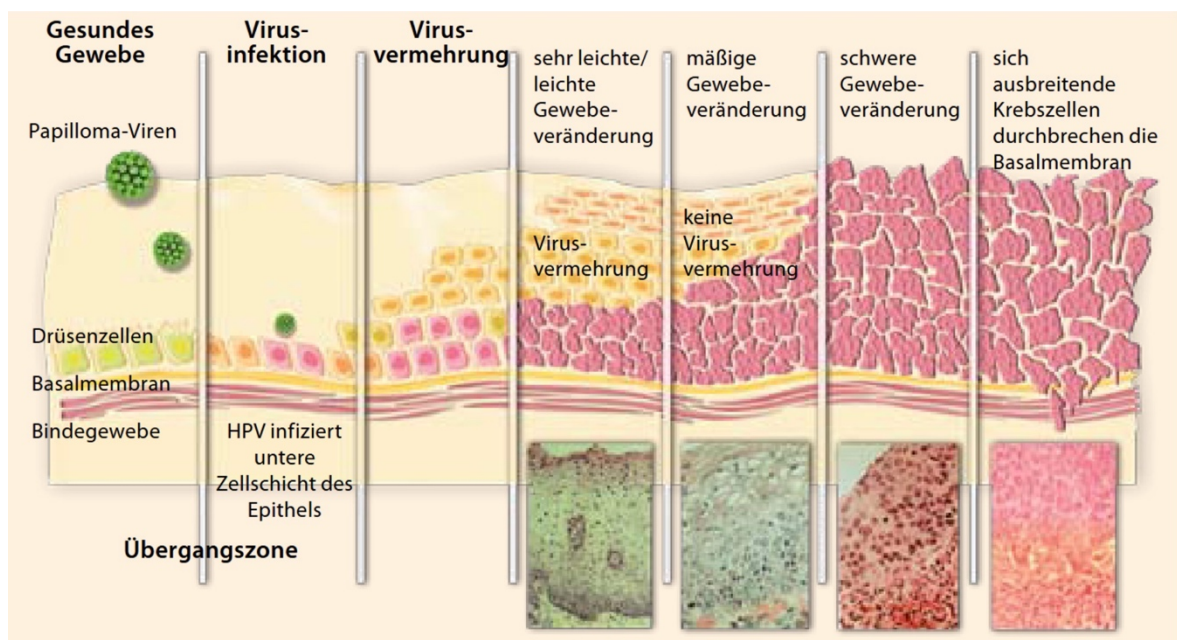
(Giovannetti, Tomalty, Gilmore et al., 2023: 53)

Abb. 13 – Eingriffe an der Zervix und sexuelle Funktion



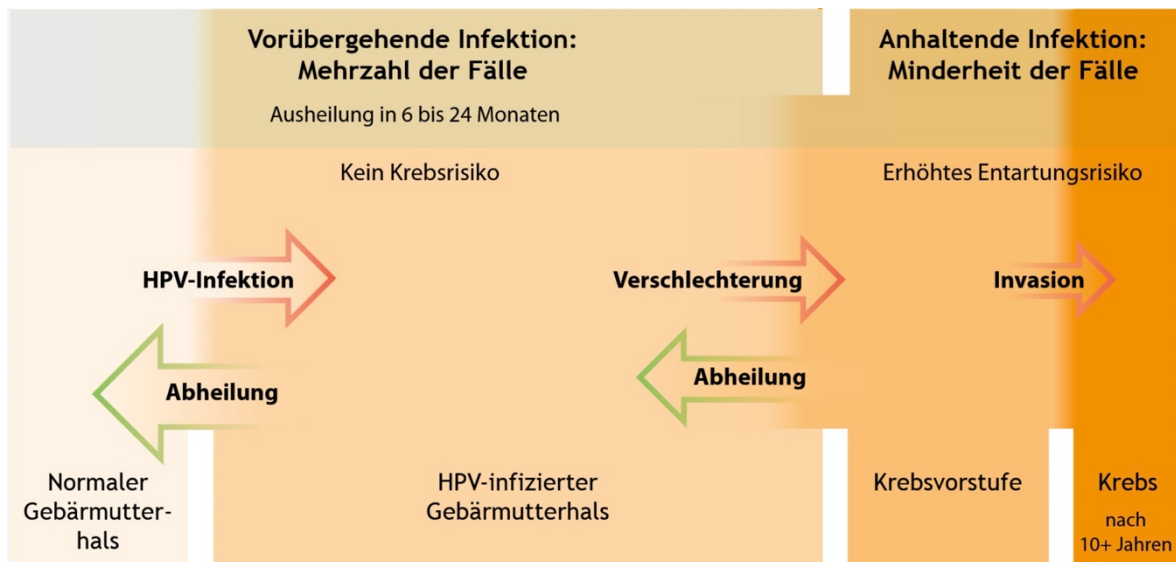
(Weitkamp & Wehrli, 2023)

Abb. 14 – Übersicht über die Häufigkeit der von den Studienteilnehmerinnen genannten Orgasmuserlebnisse



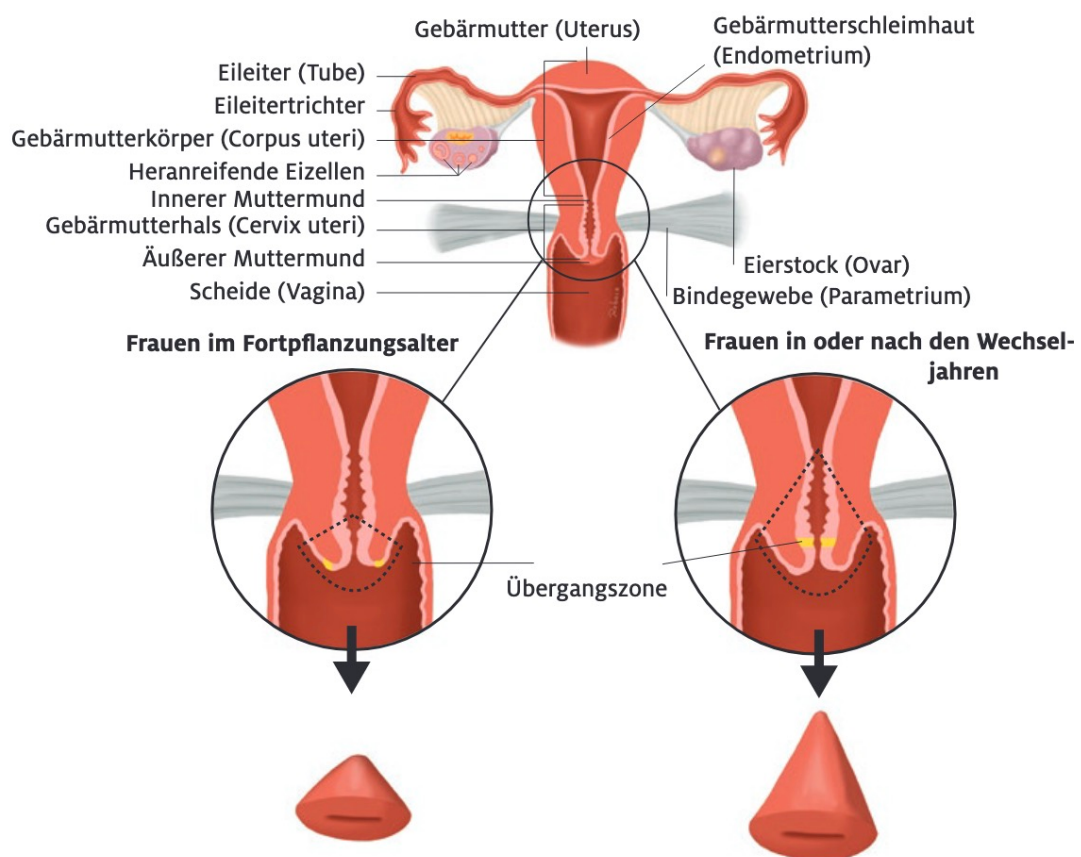
(ZERVITA, 2025)

Abb. 15 – Von der Virusinfektion zum Gebärmutterhalskrebs



(ZERVITA, 2025)

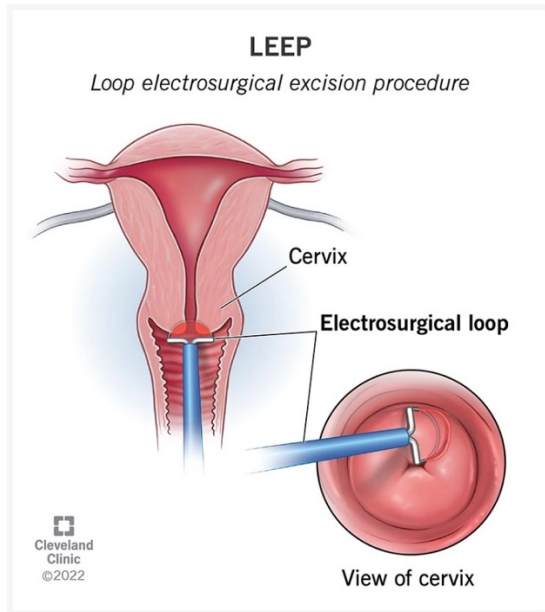
Abb. 16 – Verläufe von HPV-Infektionen



Konisation – Ausschneiden eines flachen oder spitzen Kegels (nach einer Vorlage der Universitätsklinik Erlangen)

(Leitlinienprogramm Onkologie, 2021: 38)

Abb. 17 – Konisation



During LEEP, electricity heats a wire loop, which removes a thin layer of cells from the surface of your cervix.

(Cleveland Clinic, 2025)

Abb. 18 – LEEP-Konisation

VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CERVICAL CANCER

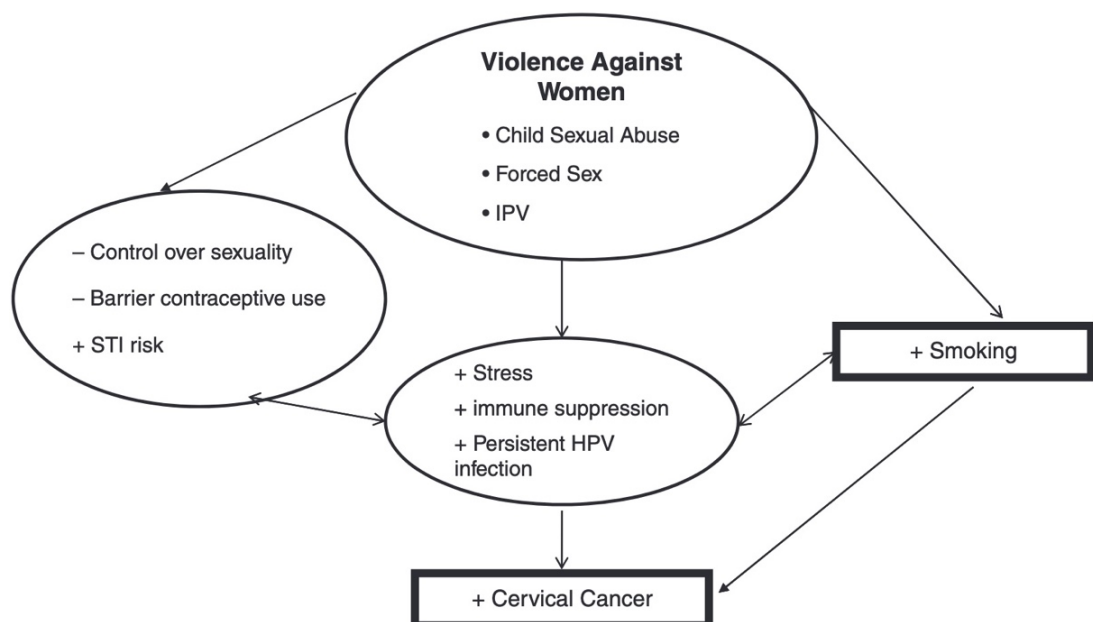


FIG. 1. Conceptual model for VAW and cervical cancer.

(Coker et al., 2009: 1183)

Abb. 19 – Zusammenhang zwischen Gewalt gegen Frauen und Gebärmutterhalskrebs

Gesundheitliche Folgen von Gewalt in der Kindheit Büttner 2020

Innere Organe - Atemwegserkrankungen - Herz-Kreislauf-Probleme, z. B. Palpitationen, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Schlaganfall - Magen-Darm-Erkrankungen - Lebererkrankungen - Diabetes - Autoimmunerkrankungen, z. B. rheumatoide Arthritis - Krebs	Bewegungsapparat - chronische Schmerzen, z. B. im Kopf-, Rücken-, Beckenbereich - Fibromyalgie - muskuloskelettale Beschwerden - Gelenkbeschwerden	Psychische Beschwerden und Probleme - Depressionen - Angststörungen - Posttraumatische Belastungsstörungen - Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen - Dissoziative Störungen - Substanzmissbrauch/-abhängigkeit - Essstörungen - Zwangsstörungen - Verhaltensprobleme - Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung - Borderline-Persönlichkeitsstörung - Antisoziale Persönlichkeit - Bipolare Störungen - Schizophrenie
Urogenitales System, Schwangerschaft und Geburt - Schmerzen - im Unterleib - bei der vaginalen Penetration - während der Menstruation - Vaginismus - sexuell übertragbare Infektionen, einschließlich HIV - Gebärmutterhalskrebs - Unfruchtbarkeit - unbeabsichtigte Schwangerschaften und Abtreibungen - Schwangerschaft in der Jugend	Sexualität - Posttraumatische Belastungsstörung in der Sexualität - Schmerzen und Vaginismus (s. l. urogenitales System) - sexuelle Funktionsstörungen - unsicheres/riskantes Sexualverhalten - Schwierigkeiten, den Gebrauch von Verhütung und Kondomen mit dem Partner zu verhandeln - häufige Wechsel von Sexualpartnern - frühe sexuelle Initiation - zwanghaftes Sexualverhalten - Sexualtäterschaft	

Trauma-kompetente psychotherapeutische Diagnostik

Trauma-kompetente sexualtherapeutische Diagnostik

(Büttner, 2020: 30)

Abb. 20 – Gesundheitliche Folgen von Gewalt in der Kindheit

Gesundheitliche Folgen von Partnerschaftsgewalt gegen Frauen Büttner 2020

Innere Organe - Asthma - Herz-Kreislauf-Probleme, z. B. Palpitationen, Bluthochdruck, Schlaganfall - Magen-Darm-Probleme, z. B. Magengeschwüre, Bauchschmerzen, Verdauungsprobleme - Diabetes - Fettstoffwechselstörungen	Bewegungsapparat - chronische Schmerzen, z. B. im Kopf-, Gesichts-, Rücken-, Beckenbereich - Fibromyalgie - muskuloskelettale Beschwerden - Gelenkbeschwerden	Psychische Beschwerden und Probleme - Depressionen - Stresssymptome - Angstzustände und Phobien - Schlafstörungen - Posttraumatische Belastungsstörungen - geringer Selbstwert - Selbstschädigungen - Essstörungen - Suizidgedanken und -versuche - Substanzmissbrauch (Rauchen, Alkohol, Drogen) - Borderline-Persönlichkeitsstörungen
Urogenitales System - Schmerzen - im Unterleib - bei der vaginalen Penetration - während der Menstruation - Harnwegsinfektionen - Inkontinenz - sexuell übertragbare Infektionen, einschließlich HIV - entzündliche Erkrankungen des Beckens - Gebärmutterhalskrebs - Wechseljahresbeschwerden	Schwangerschaft und Geburt - Frühgeburt - Fehl- oder Totgeburt - frühzeitiger Blasensprung - Blutungen - Verletzung des Fötus - niedriges Geburtsgewicht - Hypertension und Präeklampsie - Zigaretten, Alkohol oder anderer Substanzkonsum in der Schwangerschaft - perinatale Depression oder Ängste - unbeabsichtigte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche	Sexualität - Schmerzen (s.l. urogenitales System) - sexuelle Funktionsstörungen - unsicheres/riskantes Sexualverhalten - Schwierigkeiten, den Gebrauch von Verhütung und Kondomen dem Partner zu verhandeln - häufige Wechsel von Sexualpartnern

Trauma-kompetente psychotherapeutische Diagnostik

Trauma-kompetente sexualtherapeutische Diagnostik

(Büttner, 2020: 31)

Abb. 21 – Gesundheitliche Folgen von Partnerschaftsgewalt gegen Frauen

Table S3. The impact of HPV diagnosis and LEEP procedure on depression/anxiety, quality of life and sexual function.

Influencing factor	Studies evaluating the impact of HPV diagnosis and LEEP procedure on given variable								
	% (n/N) – percent, (n- number of studies where the impact was significant / N- number of all studies evaluating given variable)								
	Anxiety/ depression	Anxiety/ depression	Anxiety/ depression	Quality of life	Quality of life	Quality of life	Sexual function-	Sexual function-	Sexual functioning
	Quantitative studies	Qualitative studies	All studies	Quantitative studies	Qualitative studies	All studies	Quantitative studies	Qualitative studies	All studies
HPV diagnosis	90% (29/32)	92% (11/12)	93% (41/44)	62% (5/8)	100% (1/1)	67% (6/9)	90% (9/10)	80% (4/5)	87% (13/15)
			[2,6–11,19–23,25–29,31–34,36–38,40,43–47,49–52,54,57,58,60–65,67]			[7,8,19,21,32,35,44,49,60]			[11,21,23,29,31,38,41,46–48,50,51,54,60,67]
LEEP procedure	0% (0/3)	100% (1/1)	40% (1/4)	-	-	-	28.5% (2/7)	66.7% (2/3)	40% (4/10)
			[15,24,55,62]						[13–15,17,24,30,39,41,42,55]

(Sikorska et al., 2023: 3 (im Anhang))

Abb. 22 – Einfluss von HPV-Diagnose und LEEP auf Angst/Depression, Lebensqualität und Sexualfunktion

Anhang 2: Ausschreibung für Interviews



Hattest du schon einmal eine LEEP-Konisation?

Ich studiere Sexologie und forsche für meine Masterarbeit zu den Veränderungen im sexuellen Erleben nach diesem Eingriff. Zum Hintergrund: Körperliche Ursachen/Beschwerden im Zusammenhang mit weiblicher Sexualität sind weitgehend unerforscht. Das gilt auch für diese häufig durchgeführte OP am Gebärmutterhals.

hannakrohn
weibliche sexualität und frauenheilkunde



Wenn bei dir im Alter zwischen 20 und 44 Jahren eine Konisation gemacht wurde, diese nicht länger als drei Jahre zurück liegt und du danach Veränderungen in deinem sexuellen Erleben wahrgenommen hast, würde ich dich gerne für meine Studie interviewen.

Melde dich bitte unter hanna.krohn@stud.hs-merseburg.de bei mir.

Vielen Dank!

hannakrohn
weibliche sexualität und frauenheilkunde



Hattest du einen Eingriff am Gebärmutterhals?

Ich studiere Sexologie und forsche für meine Masterarbeit zu den Veränderungen im sexuellen Erleben nach einer LEEP-Konisation. Wenn bei dir dieser Eingriff durchgeführt wurde und deine Sexualität sich danach verändert hat, würde ich dich gerne für meine Studie interviewen.

hannakrohn
weibliche sexualität und frauenheilkunde



Zum Hintergrund: Körperliche Ursachen im Zusammenhang mit weiblicher Sexualität sind weitgehend unerforscht. Das gilt auch für diese häufig durchgeführte OP. Indem ich den Expertinnen - den betroffenen Frauen - zuhöre, möchte ich dazu beitragen, die sexuelle Gesundheit von Frauen zu verbessern.

Melde dich bitte unter hanna@hannakrohn.de oder 04102/ 458145 bei mir.

Vielen Dank!

hannakrohn
weibliche sexualität und frauenheilkunde

Anhang 3: Informationsblatt zum Datenschutz

Informationen zum Forschungsprojekt, dem Interview und dem Umgang mit Ihren Daten

Vielen Dank für das Interesse an meiner Forschungsarbeit und die Bereitschaft, ein Interview zu geben. Hiermit möchte ich Ihnen einige wichtige Informationen zum Projekt, zum Ablauf, zur Datenerhebung, zur Auswertung und zum Datenschutz geben. Nehmen Sie sich bitte Zeit, um die vorliegende Information zu lesen und stellen Sie mir eventuelle Fragen gerne im Voraus.

Zweck der Datenerhebung

Für meine Masterarbeit führe ich insgesamt acht leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews durch. Vor dem Hintergrund, dass bislang weniger über die Auswirkungen dieses Eingriffs auf die Sexualität bekannt ist, können die Erfahrungen von Betroffenen zu wertvollen Erkenntnissen für sexualberaterisches Fachpersonal führen und vielleicht sogar Impulse für zukünftige Forschung bieten.

Forschungsprojekt: Masterarbeit mit qualitativer Forschung als Qualifizierungsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts (M.A.) im Studiengang Sexologie

Thema der Masterarbeit: Veränderungen im sexuellen Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP- Konisation
Eine qualitative Studie mit Schlussfolgerungen für die Sexualberatung

Durchführende Institution: Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit.
Medien. Kultur

Kontakt Interviewerin: Hanna Krohn, Tel.: 04102/ 458145,
E-Mail: hanna.krohn@stud.hs-merseburg.de

Ablauf:

Das Interview findet online über die Plattform „RedConnect“ statt und dauert etwa 60 Minuten. Das Interview stellt insofern eine besondere Gesprächssituation dar, als ich nur zuhören und nachfragen, aber ansonsten nicht auf das Gesagte reagieren werde.

Wichtige Voraussetzungen sind auf Ihrer Seite:

- Ein ungestörter Raum, in dem Sie frei und offen sprechen können, ohne dass Kinder/Partner/Andere mithören
- Ein internetfähiges Gerät (Laptop oder Handy)
- Eine stabile Internetverbindung

Vom Interview wird eine digitale Audioaufnahme gemacht, die anschließend mithilfe einer Software transkribiert (verschriftlicht) und dann pseudonymisiert wird. Das Transkript wird danach mithilfe einer Software inhaltlich analysiert und die Ergebnisse pseudonymisiert in die Masterarbeit aufgenommen.

Umgang mit den Daten

Erhoben werden:

- Personenbezogene Angaben (z.B. Alter, beruflicher Hintergrund, gesundheitliche Daten)
- Audioaufnahme des Interviews

Die pseudonymisierten Transkripte werden für die Masterarbeit verwendet und sind der Erst- und Zweitgutachterin zugänglich. Die Audiodateien werden sicher und getrennt von den Transkripten sowie personenbezogenen Angaben aufbewahrt und nach Abschluss des Projektes gelöscht.

Ihre Rechte

Ihre Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig. Sie können das Interview jederzeit abbrechen und die Einwilligung zur künftigen Nutzung des Interviews jederzeit und ohne Begründung zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Ich bedanke mich sehr herzlich für Ihre Unterstützung.

Bei Fragen können Sie mich gerne kontaktieren.

Hanna Krohn

Tel.: 04102/ 458145, E-Mail: hanna.krohn@stud.hs-merseburg.de

Anhang 4: Einwilligungserklärung

Datenschutz- und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Befragungen im Rahmen von Forschung und Lehre

Die Befragung wird von der Hochschule Merseburg, vertreten durch den Rektor, Eberhard-Leibnitz-Straße 2, 06217 Merseburg, als verantwortliche Stelle durchgeführt

Forschungsprojekt: Veränderungen im sexuellen Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP- Konisation
Eine qualitative Studie mit Schlussfolgerungen für die Sexualberatung

Projektverantwortlicher Fachbereich: Soziale Arbeit. Medien. Kultur

Projektverantwortliche Person: Prof. Dr. Maika Böhm

Durchführende Person: Hanna Krohn,
hanna.krohn@stud.hs-merseburg.de

Zeitraum der Befragung: Juni 2025

Es werden leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Teilnehmerinnen berichten von ihren Erfahrungen mit der LEEP-Konisation, vor allem von den Veränderungen in ihrem sexuellen Erleben. Die Interviews haben den Zweck, Daten und Informationen zum Projekt zu gewinnen und diese inhaltlich auszuwerten.

Die Daten werden durch mündliche Befragung mit Audioaufzeichnung erhoben.

Folgende Daten werden erfasst:

Name, Alter, Geschlecht, Familienstand, Sexualleben, Gesundheit

Befragungen können darüber hinaus viele Arten von personenbezogenen Daten erhalten, z.B. Daten, die Rückschluss geben auf sexuelle Orientierung, Beruf, ethnische Herkunft oder religiöse bzw. weltanschauliche Überzeugungen.

Datenverarbeitung

Befragungen werden als Audiodatei aufgezeichnet, die Aufnahme wird von der befragenden Person mittels einer Software transkribiert und anonymisiert. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Texte werden die Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Dies gilt auch im Fall schriftlicher Befragungen. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Befragungen nur in Ausschnitten zitiert, um eine Identifizierung ausschließen zu können.

Aufbewahrung und Zugriff

Dateien aus Audio- bzw. Videoaufzeichnungen werden geschützt aufbewahrt und nur im Projekt tätige Studierende bzw. Forscher und Forscherinnen erhalten Zugriff auf diese Daten. Personenbezogene Daten werden nach Beendigung des Projektes gelöscht.

Einwilligungserklärung

Die Teilnahme an o.g. Projekt ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, eine Befragung abubrechen, weitere Befragungen abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung/Niederschrift der Befragung zurückzuziehen, ohne dass hieraus für Sie Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des oben genannten Projektes an der Befragung teilzunehmen und akzeptiere die pseudonymisierte Weiterverarbeitung und wissenschaftliche Verwertung der Befragung und der daraus entstehenden Daten und Informationen.

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort und Datum

Unterschrift

Widerrufsrecht

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann, mit der Folge, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Zukunft unzulässig ist. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten jedoch nicht.

Bei Fragen, Auskunftswünschen oder dem Widerruf meiner Einwilligung bin ich darüber informiert worden, dass ich mich an die Hochschule Merseburg als verantwortliche Stelle wenden kann. Sollte mein Anliegen dort nicht zu meiner Zufriedenheit beantwortet werden, steht es mir frei, mich an die Datenschutzbeauftragte der Hochschule Merseburg (datenschutz@hs-merseburg.de) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde, den Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Sachsen-Anhalt (poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de) zu wenden.

Unterschrift

Anhang 5: Interviewleitfaden

Wenn Sie einverstanden sind, starte ich jetzt mit der Aufnahme.

- Das Informationsblatt zum Datenschutz haben Sie schon unterschrieben, haben Sie noch Fragen dazu oder bleibt es bei der Einwilligung?
- Mir ist wichtig, Ihnen nochmals zuzusichern, dass wir mit Ihren personenbezogenen Angaben vertraulich umgehen und nochmal zu betonen, dass Sie das Gespräch jederzeit abbrechen und die Einwilligung zum Interview widerrufen können.
- Selbstverständlich können Sie Ihr Interview bzw. die Einwilligung zur künftigen Nutzung des Interviews jederzeit zurückziehen.
- Gibt es noch Fragen, bevor wir beginnen?

Soziodemografische Fragen:

1. Alter:
2. Familienstand: Single oder Partnerschaft? Kinder?
3. Wohnort
4. Beruf

Fragekategorie	Fragen	Notizen
Vorgeschichte und Entscheidung für den Eingriff	Wann wurde die Konisation durchgeführt? Wie kam es zu dieser Entscheidung? Welche Gedanken und Gefühle begleiteten Sie in dieser Zeit? Welche Gedanken zu Sexualität oder Partnerschaft hatten Sie? Wie wurde das Thema Sexualität in der medizinischen Aufklärung angesprochen?	
Bedeutung und Erleben des Gebärmutterhalses vor dem Eingriff	Welche Bedeutung hatte der Gebärmutterhals für Sie vor dem Eingriff – körperlich, sexuell oder symbolisch? Haben Sie Ihren Gebärmutterhals z. B. durch Verhütungsmittel (Diaphragma, Spirale) oder Zervixschleimbeobachtung kennengelernt?	

	Welches Gefühl oder welche Vorstellung hatten Sie von diesem Bereich? Falls Sie schwanger waren/ geboren haben: Wie haben Sie den Gebärmutterhals in der Schwangerschaft und bei der Geburt erlebt?	
Sexualität vor dem Eingriff	Erzählen Sie mir bitte von Ihrer Sexualität vor dem Eingriff. Die Frage ist groß, erzählen Sie einfach das, was Ihnen wichtig erscheint. Welche Bereiche Ihres Körpers oder Ihres Genitals waren besonders lustvoll oder wichtig für Sie? Welche Rolle hat der Gebärmutterhals in Ihrer Sexualität gespielt? Wie hat sich das angefühlt?	
Erleben des Eingriffs	Wie haben Sie den Eingriff körperlich und emotional erlebt? Was davon ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Was hätten Sie sich anders gewünscht?	
Sexualität nach dem Eingriff	Wie erleben Sie Ihre Sexualität heute, im Vergleich zu vorher? Gab es Veränderungen beim Feuchtwerden (Lubrikation)? Haben Sie beim Sex neue oder andere Empfindungen bemerkt – z. B. Taubheit, weniger Spüren, Druckempfinden? Hatten Sie Schmerzen beim Sex? Hat sich Ihre Fähigkeit zur sexuellen Erregung oder zum Orgasmus verändert? Welche Veränderungen sind Ihnen noch aufgefallen?	

	Wie gehen Sie mit diesen Veränderungen um? Was haben Sie unternommen, um den Zustand zu verändern? Blieben die Veränderungen bestehen oder entwickelten sie sich weiter? Mit wem haben Sie darüber gesprochen? Wo haben Sie sich Unterstützung gesucht – z. B. bei Fachpersonen, Partner/ Partnerin oder in der Beratung?	
Psychische und soziale Aspekte	Hatte der Eingriff Auswirkungen auf Ihre Psyche oder Ihr Selbstbild? Gab es Auswirkungen auf Ihre Partnerschaft oder Ihre Beziehung zu anderen Menschen? Waren im Zusammenhang mit dem Eingriff künftige Schwangerschaften oder Geburten ein Thema für Sie?	
Umgang im medizinischen System	Haben Sie mit medizinischem Fachpersonal über sexuelle Veränderungen gesprochen? Wie wurde auf Ihre Fragen oder Erfahrungen reagiert? Hätten Sie sich andere Informationen oder mehr Unterstützung gewünscht?	
Rückblick und Zusammenfassung	Was hat sich aus Ihrer Sicht durch den Eingriff in Ihrer Sexualität verändert? Was ist Ihnen rückblickend besonders wichtig? Gibt es etwas, das Sie noch ergänzen möchten? Wie geht es Ihnen jetzt nach dem Gespräch?	

Abschluss

- Möchten Sie eine Rückmeldung zum Interview (zur Interviewführung, zu den Inhalten etc.) geben?
- Wünschen Sie, dass ich mich nach Abschluss der Masterarbeit nochmal bei Ihnen melde?
- Dann mache ich jetzt das ins Aufnahmegerät aus.
- Vielen Dank für Ihre Offenheit und für Ihre Zeit.

Anhang 6: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

Die Audioaufnahmen der Interviews mit den fünf Frauen wurden mit einer Software transkribiert und die Transkripte dann von der Autorin nach den Regeln der einfachen Transkription überarbeitet und anonymisiert. Die Befragten wurden in den Interviews in B01-B05 umbenannt.

Die einfache Transkription empfiehlt sich vor allem, wenn der Inhalt analysiert werden soll. Dabei wird wortgenau transkribiert, aber die Sprache leicht geglättet. Nicht-inhaltsrelevanten non-verbale Elemente werden herausgelassen.

Folgende Aspekte konnten im Transkript berücksichtigt werden:

Pausen/Schweigephasen, Verzögerungen, Einwürfe, Formulierungskorrekturen, Wort- und Konstruktionsabbrüche.

Für die einfache Transkription wurden folgende, an Kuckartz angelehnte, Vorgaben eingehalten:

1. Der Text wird übernommen, wie er gesprochen wird. Es werden keine Korrekturen vorgenommen, d.h. Fehler (z.B. grammatikalische Fehler in der Satzstellung) werden übernommen. Ausnahmen: Siehe Punkte 3 bis 5.
2. Alle Aussagen, auch scheinbar unwichtige Füllwörter (z.B. „ich sage mal“ oder „sozusagen“ etc.) werden erfasst.
3. Färbungen von Dialekt werden korrigiert (z.B. „haben wir“ anstatt „hamma“).
4. Alle nonverbalen Zwischenlaute der Sprecher (z.B. Stotterer, Ähms, ne?) werden weggelassen.
5. Weggelassen werden auch alle inhaltlich irrelevanten Hörerbestätigungen (z.B. Hm, Ja, Ach ja). Diese werden nur in seltenen Fällen transkribiert, wenn diese Wörter einen inhaltlichen Beitrag leisten (z.B. als Antwort auf eine Frage).
6. Besondere Ereignisse werden in Klammern gesetzt (z.B. (Tonstörung) oder (Telefon klingelt mehrfach)).
7. Abkürzungen werden nur dann verwendet, wenn die Person sie genauso ausspricht (z.B. wird im Transkript ein gesprochenes „et cetera“ nicht mit „etc.“ abgekürzt).
8. Nur wörtliche/direkte Rede wird in Anführungszeichen gesetzt (z.B. Ich habe ihn gefragt: „Wieso machst du das?“).

9. Um Bandwurmsätze über mehrere Zeilen zu vermeiden, werden Satzzeichen sinnvoll gesetzt. Eine Konjunktion (z.B. „Und“) kann hierbei am Anfang eines Satzes stehen.
10. Höflichkeitspronomina wie „Sie“ und „Ihnen“ werden großgeschrieben. Wenn sich z.B. bei einem Interview die Personen gegenseitig ansprechen (z.B. „Ich hätte noch eine Frage an Sie.“). Duzen sich die Interviewpartner, wird das „du“ und alle Formen des „du“ (also auch: „dir“, „dich“, „dein“ usw.) kleingeschrieben.
11. Die Groß- und Kleinschreibung bei Fremdwörtern wird so gewählt, wie man das deutsche Äquivalent schreiben würde, also Verben klein und Nomen groß (z.B. Ich habe den Cyberspace gegoogelt.)
12. Alle Zahlen von eins bis zwölf werden ausgeschrieben und ab 13 als Ziffern geschrieben. Sinnvolle Ausnahmen wie das Datum werden ebenfalls als Ziffer geschrieben (also „3.1.2017“).
13. Die Interviewerin wird als I und die Interviewte als B benannt. Bei mehreren Personen wird eine Nummer hinzugefügt, z.B. I1, I2, B1 etc. Die Bezeichnungen der Personen werden fettgeschrieben. Ausnahme hiervon sind Einschübe (siehe Punkt 18).
14. Unvollständige Sätze werden mit einem „-“ gekennzeichnet (z.B. „Also dann waren- , nein, nochmal: Da waren vier Leute in dem-.“). Nach dem „-“ werden wie im Beispiel reguläre Satzzeichen gesetzt. Das „-“ wird direkt hinter das Wort gesetzt, ohne Leerzeichen.
15. Unvollständige Wörter werden nur aufgenommen, wenn sie einen inhaltlichen Mehrwert haben. Sonst gelten sie als Stotterer und werden einfach weggelassen.
16. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
17. Wörter, bei denen der Wortlaut nicht ganz eindeutig ist und nur vermutet wird, werden mit einem Fragezeichen gekennzeichnet und in Klammern gesetzt (z.B. (?Koryphäe)). Wenn das verstandene Wort offensichtlich keinen Sinn ergibt und an dieser Stelle logisch überhaupt nicht reinpassen kann, dann wird die Stelle als unverständlich markiert.
18. Bei sehr kurzen Einschüben der anderen Person (auch gleichzeitig Gesprochenem) können diese Aussagen in den Redefluss der anderen Person in

Klammern eingebaut werden (z.B. „I: Das waren 12 Jahre, (B: Nein, 13.) ich erinnere mich.“). Dies gilt nicht für Hörerbestätigungen ohne inhaltlichen Mehrwert, die einfach weggelassen werden (z.B. Hm). Bei den Einschüben werden die Sprecherbezeichnungen nicht fett geschrieben. Die Einschübe werden auch mit einem Satzzeichen, meist einem Punkt, beendet. Sonstige Satzzeichen werden vor den Einschub gesetzt, nicht dahinter.

Anhang 7: Codiersystem und Codierleitfaden MAXQDA Version 24.10.0

Codiersystem

1 AUSGANGSLAGE: Vulnerabilität und Ressourcen	3
1.1 Vorgeschichte und Kontext des Eingriffs	0
1.1.1 Beruf/Arbeit	3
1.1.2 Partnerschaft/Ehe	5
1.1.3 Verhältnis zum eigenen Körper/zur Gesundheit/Zum Fachpersonal	3
1.1.3.1 Vertrauen in den eigenen Körper	2
1.1.3.2 proaktiv vs. passiv	22
1.1.4 Zeitpunkt/Umstände (Schwangerschaft, Alter, Wechseljahre)	10
1.1.5 Vorerfahrungen/Vorbelastungen	0
1.1.5.1 Medizinische Vorgeschichte	13
1.1.5.2 Sexuelle Traumata	7
1.1.5.3 Andere Ängste	1
1.1.5.4 Dysreguliertes Nervensystem	3
1.2 Belastende Faktoren rund um die Diagnose	0
1.2.1 Erschütterung von Grundannahmen	1
1.2.2 Unverständnis des Umfeldes	3
1.2.3 Belastung der Partnerschaft	2
1.2.4 Erhöhte Sensibilität für Ansteckungsrisiken	4
1.2.5 Risiko, andere anzustecken	2
1.2.6 Wiederholte Eingriffe/Biopsien	3
1.2.7 HPV-Stigma und Scham	5
1.2.8 Zeitdruck/mangelnde Bedenkzeit	2
1.2.9 Prognostische Ängste	7
1.3 Bedeutung der Zervix vor dem Eingriff	0
1.3.1 Bedeutung für Sexualität	3
1.3.2 Vorerfahrungen mit Zervix	8
1.3.3 Unwohlsein mit körperlicher Realität	5
1.3.4 Unbewusst/neutral	9
1.3.5 Schwangerschafts-/Geburtserfahrungen	8
1.3.6 Spirituelle/energetische Bedeutung	0
1.4 Sexualität vor dem Eingriff	2
1.4.1 Ressourcen	4
1.4.2 Bevorzugte Stimulationszonen	5
1.4.3 Grenzüberschreitende Muster	2
1.4.4 Zervikale Empfindungen/Schmerzen	11
2 KRITISCHES EREIGNIS: Die LEEP-Erfahrung	2

2.1 Art des Eingriffs	0
2.1.1 PAP-Abstrich	6
2.1.2 Biopsie im Dysplasiezentrum	7
2.1.3 LEEP-Konisation	19
2.1.4 Weitere Eingriffe	3
2.2 Erleben des Eingriffs	3
2.2.1 Funktionieren	1
2.2.2 Hilflosigkeit/ Alternativlosigkeit	10
2.2.3 Überrumpelung	1
2.2.4 Scham/Entwürdigung	8
2.2.5 Ausgeliefertsein	6
2.2.6 Biopsien vs. Konisation (verschiedene Traumaintensität)	3
2.2.7 Körperliche vs. existenzielle/energetische Verletzung	6
2.3 Umgang im medizinischen System	0
2.3.1 Belastung durch unflexible Abläufe	5
2.3.2 Ernstnehmen vs. Negieren des Erlebens der Patientin	4
2.3.3 Kommunikation (Ehrlichkeit vs. Täuschung/Verschweigen)	7
2.3.3.1 Aufklärung über Diagnose	2
2.3.3.2 Aufklärung über Zervix	2
2.3.3.3 Aufklärung über HPV	4
2.3.3.4 Aufklärung über den Eingriff	9
2.3.3.5 Aufklärung Folgen für Sexualität	8
2.3.4 Umgangston/Atmosphäre	6
2.3.5 Autonomie (Mitbestimmung vs. Fremdbestimmung)	6
2.4 Unmittelbare Auswirkungen	0
2.4.1 Körperliche Reaktionen	18
2.4.2 Emotionale Reaktionen	11
2.4.3 Finanzielle Sorgen wegen Arbeitsunfähigkeit	1
2.4.4 Schock/Freeze	6
2.4.5 Schmerzgedächtnis/Körpererinnerung	1
3 VERARBEITUNGSPROZESS:	1
3.1 Unterstützung	6
3.2 Erklärungs- und Deutungsmuster	0
3.2.1 Kausalattributionen (medizinisch, energetisch, spirituell)	12
3.2.2 Körperbild nach Eingriff (verstümmelt vs. energetisch kontinuierlich)	4
3.2.3 Bedeutungsgebung für Identität/Weiblichkeit	6
3.2.4 Integration in Biografie	6
3.3 Aktive Entwicklung	0

3.3.1 Wiederaneignen der Sexualität	3
3.3.2 Anfängliche Passivität/Unwissen	2
3.3.3 Wendepunkte ("Ich kann nicht mehr [so]")	1
3.3.4 Informationssuche/Selbstbildung	7
3.3.5 Autonomieentwicklung/Selbstermächtigung	3
3.4 Spirituelle/energetische Verarbeitung	0
3.4.1 Rituale und Loslassprozesse	2
3.4.2 Ganzheitliche Körperarbeit	2
3.4.3 Alternative Deutungsrahmen	7
4 NEUE REALITÄT: Leben mit Veränderungen	0
4.1 Sexualität nach dem Eingriff	4
4.1.1 Objektive Veränderungen	4
4.1.1.1 Sensibilitätsveränderungen der Zervix (Taubheit, veränderte Qualität)	10
4.1.1.2 Schmerzempfindungen/Trockenheit	10
4.1.1.3 Verlagerung der Erogenität (vaginal→klitoral)	1
4.1.1.4 Orgasmusqualität ("kreischig" vs "warm")	8
4.1.2 Subjektive Bewertung ("besser/schlechter als vorher")	9
4.1.3 Zeitfaktor (parasymphatische Aktivierung braucht Zeit)	6
4.1.4 Neue Körperkompetenz/Bewusstsein	2
4.1.5 Anpassungsstrategien (Grenzen setzen, steuern, Kommunikation)	3
4.2 Partnerschaftsdynamiken	1
4.2.1 Die Schuldfrage	0
4.2.2 Veränderungen im Verlangen	3
4.2.3 Pathologisierende vs. normalisierende Sichtweisen	3
4.2.4 Kommunikationsqualität über Sexualität	3
4.2.5 Verschiedene Partner = verschiedene Erfahrungen	1
4.2.6 Partnerwechsel als Ressource/Chance	3
4.3 Psychische und soziale Auswirkungen	0
4.3.1 Selbstbild/Identität (Weiblichkeit, Fruchtbarkeit)	3
4.3.2 Verstümmelungsgefühle vs. Kontinuitätserleben	2
4.3.3 Soziale Unterstützung/Isolation	3
4.3.4 Angst bei nachfolgender Schwangerschaft	2
4.4 Auswirkungen auf das berufliche Leben	0
4.5 Anpassungs-/Lösungsstrategien	0
4.5.1 Schutz vor Ansteckung	4
4.5.2 Informationssuche (medizinisch, alternativ)	1
4.5.3 Körperarbeit/Selbstfürsorge	2
4.5.4 Kommunikationsentwicklung	2

4.5.5 Spirituelle Praktiken	0
4.5.6 Professionelle Unterstützung suchen	1
5 Verschlechterung bestehender Symptome	0
5.1 Verstärkte Hypersexualität	2
5.2 Erhöhte Sensitivität	1
6 RESSOURCEN UND RAHMENBEDINGUNGEN, übergreifend	3
6.1 Protektive Faktoren/Ressourcen - Sicherheit, ich kann	0
6.1.1 Vertrauensverhältnis	1
6.1.2 Lösungen finden für Bedürfnisse	1
6.1.3 Partner stellt sich auf Bedürfnisse in der Sexualität ein	2
6.1.4 Sexuelles Selbstbewusstsein, Kompetenz	7
6.1.5 Soziale Unterstützung (Partner, Freunde, Communities)	3
6.1.6 Informiertheit	7
6.1.7 Körperbewusstsein/spirituelle Praxis, Vertrauen	9
6.1.8 Kommunikative Kompetenz	8
6.1.9 Alternative Beziehungsformen (Polyamorie als Ressource)	2
6.1.10 Professionelle Begleitung/Weiterbildung (Tantra, Therapie)	9
6.2 Belastende Faktoren (systemisch), Unsicherheit, ich kann nicht	0
6.2.1 Es wird nicht besser, obwohl ich alles gegeben habe	7
6.2.2 Unzulängliche STI-Prävention	1
6.2.3 Medizinische Kommunikationsdefizite, Vertrauensprobleme	12
6.2.4 Kulturelle/gesellschaftliche Tabus und Ungerechtigkeiten	1
6.2.5 HPV-Stigmatisierung	1
6.2.6 Zeitdruck im Gesundheitssystem	3
6.3 Rahmenbedingungen der Behandlung	0
6.3.1 Traumasensible vs. traumatisierende Behandlung	10
6.3.2 Aufklärungs-/Informationsqualität	7
6.3.3 Nachbetreuung/psychosoziale Unterstützung	4
6.4 Verarbeitungsgrad und Narrativtypen	0
6.4.1 Wenig verarbeitete Erfahrungen	2
6.4.2 Stark reflektierte Narrative	0
6.4.3 Meta-reflektierende Darstellungen	6
6.5 Wünsche	6

Codierleitfaden

Liste der Codes	Memo	Häufigkeit
Codesystem		588
AUSGANGSLAGE: Vulnerabilität und Ressourcen	Beschreibt die Situation der Frau vor und zum Zeitpunkt der Diagnose der Zellveränderungen und der LEEP-Konisation, einschließlich belastender Faktoren und vorhandener Ressourcen. Erzeugung: Induktiv	3
Vorgeschichte und Kontext des Eingriffs	Medizinische, zeitliche und biografische Umstände, die den Eingriff rahmen. Erzeugung: Induktiv	0
Beruf/Arbeit	Beschreibt die beruflichen Rahmenbedingungen der Befragten zum Zeitpunkt des Eingriffs. Erzeugung: Induktiv	3
Partnerschaft/Ehe	Beschreibt, ob die Befragte zum Zeitpunkt des Eingriffs in einer Partnerschaft/verheiratet war und wie deren Zustand war. Erzeugung: Induktiv	5
Verhältnis zum eigenen Körper/zur Gesundheit/Zum Fachpersonal	Beschreibt den Umgang der Befragten mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit. Grundsätzlich und im Kontext der Diagnose. Vorsorgeuntersuchungen, Ängste, Sorgen, Vertrauen, Verantwortung, kritischer Umgang. Ankerbeispiele: "da ich eh nicht so ein Vertrauensmensch bin, was Ärzte betrifft" (B04, Pos. 82) "Ich hätte gar nicht das Vertrauensverhältnis gehabt. Damals war das einfach: Ja, ich muss zum Abstrich gehen, einmal im Jahr und wieder raus." (B03, Pos. 122) "Also ich hatte die ganze Zeit tatsächlich nicht damit gerechnet, dass es sich weiter verschlechtert. Ich war felsenfest davon überzeugt, dass es irgendwann heißt: Super, top, jetzt alles weg und verschwunden." (B04, Pos. 34) Erzeugung: Induktiv	3

Vertrauen in den eigenen Körper			Beschreibt das Vertrauen der Befragten in ihren eigenen Körper. Ankerbeispiel: "weil ich ansonsten ein sehr- , also ein- , ja, ein großes Vertrauen in meinen Körper habe." (B05, Pos. 34) Erzeugung: Induktiv	2
proaktiv vs. passiv			Beschreibt, ob die Befragte die Diagnose fraglos akzeptiert hat oder aktiv geworden ist, um Einfluss zu nehmen. Ankerbeispiel: "Dann hatte ich versucht- , alle möglichen Hausmittelchen, die man so im Internet liest" (B04, Pos. 28) "Also ich habe mir dahingehend gar keine Gedanken gemacht, sondern dachte, ich muss das jetzt machen. Der Arzt hat das gesagt und, deswegen ist das notwendig." (B03, Pos. 22) Erzeugung: Induktiv	22
Zeitpunkt/Umstände Wechseljahre)	(Schwangerschaft,	Alter,	Besondere Lebensumstände zum Zeitpunkt der Diagnose/des Eingriffs. Ankerbeispiel: "sechs Wochen nach der Geburt meiner Tochter operieren lassen" (B02, Pos. 20) Erzeugung: Induktiv	10
Vorerfahrungen/Vorbelastungen			Frühere traumatische oder medizinische Erfahrungen, die das Erleben beeinflussen. Ankerbeispiel: Sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte, vorherige gynäkologische Eingriffe Erzeugung: Induktiv	0
Medizinische Vorgeschichte			Beschreibt die medizinische Vorgeschichte der Befragten. Erzeugung: Induktiv	13
Sexuelle Traumata			Beschreibt Belastungen der Befragten durch sexuelle Traumatisierung/Traumatisierungen. Ankerbeispiel: "Ich bin ja jahrelang gar nicht dort (bei der Vorsorge) gewesen, aufgrund von Ängsten, weil es eben durch meine traumatischen Erfahrungen nicht ging." (B01, Pos. 35)	7

	Erzeugung: Induktiv	
Andere Ängste	Beschreibt Vorbelastungen oder Ängste der Befragten in Bezug auf Spritzen, Operationen und andere medizinische Eingriffe. Gemeint sind hier keine Ängste, die durch sexuellen Missbrauch bedingt sind. Ankerbeispiel: "Ich habe aber großen Widerstand gegen Operationen oder gegen Messer. Also, dass da an mir was rumgeschnitten wurde, das hat mir großes Unbehagen gemacht." (B04, Pos. 62) Erzeugung: Induktiv	1
Dysreguliertes Nervensystem	Beschreibt ein dysreguliertes Nervensystem der Befragten. Erzeugung: Induktiv	3
Belastende Faktoren rund um die Diagnose	Faktoren, die die psychische oder körperliche Belastung durch die LEEP-Situation verstärken. Erzeugung: Induktiv	0
Erschütterung von Grundannahmen	Beschreibt die Belastung und Verunsicherung der Befragten dadurch, dass Grundannahmen erschüttert werden. Ankerbeispiel: "Und dann ist für mich wie so ein Weltbild zusammengebrochen, weil alles das, worauf ich mein Wissen über Sexualität aufgebaut gehabt hatte, ist wie so ein Kartenhaus komplett in sich zusammengestürzt." (B04, Pos. 40) Erzeugung: Induktiv	1
Unverständnis des Umfeldes	Beschreibt das Unverständnis des Umfeldes der Betroffenen für deren Umgang mit der Diagnose. Ankerbeispiel: "bei der ersten OP war es dann auch so von den Schwiegereltern, von der Schwiegermutter her aus: "Früher hat es das nicht gegeben, da wurde dann gleich die Gebärmutter entfernt und fertig! Warum lässt du das machen? Kannst doch gleich- , hast doch Kinder, mal raus mit dem Scheiß!"" (B02, Pos. 92)	3

	Erzeugung: Induktiv	
Belastung der Partnerschaft	Beschreibt die Belastung der Partnerschaft der Befragten durch die Diagnose. Ankerbeispiel: "Mein damaliger Mann war während dieser ganzen Zeit sehr paralysiert, weil für ihn das Thema Krebs, also noch viel drohender erschienen als für mich. (.) Und er hat mit mir da aber nicht drüber gesprochen." (B02, Pos. 92) Erzeugung: Induktiv	2
Erhöhte Sensibilität für Ansteckungsrisiken	Beschreibt die Belastung der Befragten durch die erhöhte Sensibilität für Ansteckungsrisiken durch STIs im privaten oder auch beruflichen Kontext. Erzeugung: Induktiv	4
Risiko, andere anzustecken	Beschreibt die Belastung, die dadurch entsteht, andere im privaten oder beruflichen Kontext mit dem HPV anstecken zu können. Erzeugung: Induktiv	2
Wiederholte Eingriffe/Biopsien	Kumulative Belastung durch mehrfache medizinische Interventionen. Ankerbeispiel: "ich musste monatlich dorthin für Biopsien und sowas alles" (B02, Pos. 20) Erzeugung: Induktiv	3
HPV-Stigma und Scham	Scham- und Schuldgefühle im Zusammenhang mit HPV als sexuell übertragbarer Infektion. Ankerbeispiel: Gefühle von "Unreinheit" oder Selbstvorwürfe bezüglich der Ansteckung Erzeugung: Induktiv	5
Zeitdruck/mangelnde Bedenkzeit	Gefühl, unter Druck gesetzt zu werden oder keine Zeit für Entscheidungen zu haben. Ankerbeispiel: Sofortige OP-Empfehlung ohne Aufschub oder Bedenkzeit Erzeugung: Induktiv	2

Prognostische Ängste	Ängste vor zukünftigen medizinischen Komplikationen oder weiteren Eingriffen. Ankerbeispiel: "sollte das jetzt noch mal zu diesem Zustand kommen, letztendlich die Gebärmutter komplett entfernt werden muss" (B02, Pos. 20) Erzeugung: Induktiv	7
Bedeutung der Zervix vor dem Eingriff	Bewusstsein, Wissen und emotionale Bedeutung der Zervix vor der medizinischen Intervention. Erzeugung: Deduktiv	0
Bedeutung für Sexualität	Beschreibt die Bedeutung, die die Zervix vor dem Eingriff für die Sexualität der Befragten hatte. Erzeugung: Deduktiv	3
Vorerfahrungen mit Zervix	Beschreibt Vorerfahrungen im Zusammenhang mit Familienplanung, Verhütung, Zervixschleimbeobachtung oder aus anatomischem Interesse Erzeugung: Deduktiv	8
Unwohlsein mit körperlicher Realität	Abwehr oder Unwohlsein im Zusammenhang mit der Zervix und deren Anblick/Betasten Erzeugung: Induktiv	5
Unbewusst/neutral	Geringe oder keine bewusste Wahrnehmung der Zervix vor dem Eingriff. Ankerbeispiel: "vor dem ersten Eingriff überhaupt keine Bedeutung, weil zu der Zeit war ich einfach eine völlig unbewusste, unaufgeklärte Frau" (B02, Pos. 34) Erzeugung: Induktiv	9
Schwangerschafts-/Geburtserfahrungen	Wahrnehmung der Zervix im Kontext von Reproduktion und Geburt. Ankerbeispiel: Erleben des Muttermunds während Schwangerschaft oder Geburt Erzeugung: Deduktiv	8

Sexualität vor dem Eingriff	Beschreibung der sexuellen Erfahrungen und Muster vor der LEEP-Konisation. Erzeugung: Deduktiv	2
Ressourcen	Beschreibt Faktoren, die die Sexualität bereichern. Ankerbeispiel: "Also, vor Bekanntwerden der Krankheit war es sehr, sehr leicht, sehr locker, sehr unbeschwert, sehr fröhlich." (B04, Pos. 70) Erzeugung: Induktiv	4
Bevorzugte Stimulationszonen	Welche Körperbereiche vor dem Eingriff als besonders lustvoll erlebt wurden. Ankerbeispiel: Präferenz für klitorale vs. vaginale vs. gemischte Stimulation Erzeugung: Deduktiv	5
Grenzüberschreitende Muster	Sexuelle Praktiken, die eigene Grenzen überschreiten oder Schmerzen verursachen. Ankerbeispiel: "bin da allerdings über Grenzen gegangen. Also gerade, ja, über meine eigenen Grenzen gegangen" (B03, Pos. 64) Erzeugung: Induktiv	2
Zervikale Empfindungen/Schmerzen	Schmerzen bei tiefer Penetration oder zervikaler Stimulation vor dem Eingriff. Ankerbeispiele: "Also ich hatte ja anfangs dann auch sehr viel Schmerzen im Bereich des Muttermundes. Eben auch wegen den zu starken Stößen auch und dass ich da jetzt keine Grenze gesetzt hatte." (B03, Pos. 66) "weil ich diesen Bereich gemieden habe oder das-, oder diese Stöße einfach gemieden habe." (B03, Pos. 102) Erzeugung: Deduktiv	11
KRITISCHES EREIGNIS: Die LEEP-Erfahrung	Das Erleben der medizinischen Intervention selbst und der unmittelbaren Behandlungssituation. Diese Kategorie schließt die Diagnostik und Biopsie mit ein und ggf. auch mehrere Biopsien, LEEP-Konisationen oder andere Eingriffe am Gebärmutterhals, die als Folge der Konisation nötig wurden.	2

	Erzeugung: Induktiv	
Art des Eingriffs	Beschreibt die Art des Eingriffs, der am Gebärmutterhals vorgenommen wurde.	0
	Erzeugung: Induktiv	
PAP-Abstrich	Beschreibt die Erfahrung des PAP-Abstrichs und der damit einhergehenden Diagnose.	6
	Erzeugung: Induktiv	
Biopsie im Dysplasiezentrum	Beschreibt die Erfahrung der Biopsie (meist im Dysplasiezentrum/in der Dysplasiesprechstunde).	7
	Erzeugung: Induktiv	
LEEP-Konisation	Beschreibt die Erfahrung der LEEP-Konisation.	19
	Erzeugung: Deduktiv	
Weitere Eingriffe	Beschreibt weitere Eingriffe, die wegen Komplikationen erforderlich sind.	3
	Erzeugung: Induktiv	
Erleben des Eingriffs	Subjektive Erfahrung des operativen Eingriffs und seiner Durchführung.	3
	Erzeugung: Deduktiv	
Funktionieren	Beschreibt die Wahrnehmung der Befragten, während des Eingriffes "funktioniert" zu haben, ohne Zugang zu den eigenen Gefühlen zu haben. Ankerbeispiel: "dass ich irgendwie dann in dem Moment, wo der -, wo das krass wird, schaltet mein Kopf einfach um auf Durchzug, also auf einfach erst mal nur gucken, wie man da gut durchkommt." (B05, Pos. 54)	1
	Erzeugung: Induktiv	
Hilflosigkeit/ Alternativlosigkeit	Beschreibt ein Gefühl der Hilflosigkeit, das die Befragte im Zusammenhang mit dem Eingriff erlebt.	10

	Erzeugung: Induktiv	
Überrumpelung	Beschreibt das Gefühl der Befragten, durch den Eingriff überrumpelt worden zu sein. Ankerbeispiel: "Das war ganz furchtbar, weil die Ärztin- . A) war ich ja nicht vorbereitet, dass ich danach todkrank und arbeitsunfähig für lange Zeit bin. Und eigentlich wurde mir gesagt, es wird nur was angeguckt." (B04, Pos. 28) Erzeugung: Induktiv	1
Scham/Entwürdigung	Beschreibt Schamgefühle im Zusammenhang mit dem Eingriff. Erzeugung: Induktiv	8
Ausgeliefertsein	Beschreibt das Gefühl von Ausgeliefertsein im Zusammenhang mit dem Eingriff. Erzeugung: Induktiv	6
Biopsien vs. Konisation (verschiedene Traumaintensität)	Unterschiedliche Belastung durch verschiedene medizinische Verfahren. Ankerbeispiel: "Da war das mit dem Schock so, dass ich auch sehr lange gar nicht-, gar keine Sexualität leben konnte" nach Biopsien (B04) Erzeugung: Induktiv	3
Körperliche vs. existenzielle/energetische Verletzung	Erleben des Eingriffs als rein körperlichen vs. tiefergehenden existenziellen Eingriff. Ankerbeispiel: "das war wirklich, ich habe gemerkt, dass das eine Verletzung ist, die du nicht aufs Gewebe beschränken kannst. Dass das irgendwie eine energetische Verletzung ist" (B02, Pos. 38) Erzeugung: Induktiv	6
Umgang im medizinischen System	Qualität der Kommunikation und Behandlung durch medizinisches Personal. Erzeugung: Deduktiv	0

Belastung durch unflexible Abläufe	Beschreibt die Belastung der Befragten durch unflexible Abläufe im Gesundheitswesen. Ankerbeispiel: "Dass ich sofort informiert worden wäre, als klar war, es muss eine zweite OP erfolgen. Und dass man die dann sofort auch gemacht hätte, um halt wirklich diesen Heilungsweg zu verkürzen, so wie es möglich ist." (B04, Pos. 84) Erzeugung: Induktiv	5
Ernstnehmen vs. Negieren des Erlebens der Patientin	Beschreibt das Ernstnehmen vs. das Negieren des Erlebens der Patientin. Zum Beispiel in Bezug auf Schmerzen. Ankerbeispiel: "Da gibt's keine Nervenenden, das ist unmöglich, sie können da gar keine Schmerzen empfinden. Ich hab das studiert, ich muss das doch besser wissen als sie." (B04, Pos. 48) Erzeugung: Induktiv	4
Kommunikation (Ehrlichkeit vs. Täuschung/Ver-schweigen)	Offenheit und Wahrhaftigkeit in der medizinischen Kommunikation. Ankerbeispiel: "Auf jeden Fall natürlich Ehrlichkeit. Dass mir gesagt wird: "Wir planen, dass sie von einer Assistenzärztin operiert werden." (B04, Pos. 84) Erzeugung: Induktiv	7
Aufklärung über Diagnose	Beschreibt die Aufklärung über die Diagnose, die die Befragte erhalten hat. Erzeugung: Induktiv	2
Aufklärung über Zervix	Beschreibt die Informationen, die die Befragte vom medizinischen Fachpersonal über ihre Zervix erhalten hat. Ankerbeispiel: "Da war auch wieder so ein, so ein Unterschied von- , dass- , ich meine schon, dass er Gefühl hat, dass er Nerven hat, dass er Berührungen spürt, Schmerzempfinden hat. Und da war ich dann sehr erstaunt oder erschrocken, dass die Gynäkologen mir sagen: "Da gibt's keine Nervenenden, das ist unmöglich, sie können da gar keine Schmerzen empfinden. Ich hab das studiert, ich muss das doch besser wissen als sie." Da war ich also sehr schockiert mit." (B04, Pos. 48)	2

	Erzeugung: Induktiv	
Aufklärung über HPV	Beschreibt die Informationen, die die Befragte vom medizinischen Personal im Bezug auf HPV erhalten hat.	4
	Erzeugung: Induktiv	
Aufklärung über den Eingriff	Beschreibt die Aufklärung über den Eingriff	9
	Erzeugung: Induktiv	
Aufklärung Folgen für Sexualität	Beschreibt die Aufklärung über Folgen des Eingriffs für die Sexualität	8
	Erzeugung: Deduktiv	
Umgangston/Atmosphäre	Beschreibt den Ton, in dem während des Eingriffs mit der Befragten gesprochen wurde.	6
	Erzeugung: Induktiv	
Autonomie (Mitbestimmung vs. Fremdbestimmung)	Grad der Einbindung der Patientin in Entscheidungsprozesse. Ankerbeispiel: "haben nochmal einen Doppelcheck gemacht, haben sich nochmal vergewissert, haben auch nochmal gefragt, was gemacht wird" (B03, Pos. 88)	6
	Erzeugung: Induktiv	
Unmittelbare Auswirkungen	Direkte körperliche und emotionale Reaktionen unmittelbar nach dem Eingriff.	0
	Erzeugung: Induktiv	
Körperliche Reaktionen	Körperliche Symptome und Veränderungen direkt nach der LEEP. Ankerbeispiel: Blutungen, Schmerzen, Heilungsverlauf	18
	Erzeugung: Deduktiv	
Emotionale Reaktionen	Emotionale und psychische Reaktionen unmittelbar nach dem Eingriff.	11

	Ankerbeispiel: Schock, Erleichterung, Angst, Verwirrung Erzeugung: Deduktiv	
Finanzielle Sorgen wegen Arbeitsunfähigkeit	Beschreibt die Belastung der Befragten durch Unberechenbarkeit des Arbeitsausfalls und Verdienstausschlag. Ankerbeispiel: "war ich ja nicht vorbereitet, dass ich danach todkrank und arbeitsunfähig für lange Zeit bin." (B04, Pos. 28) Erzeugung: Induktiv	1
Schock/Freeze	Beschreibt einen Zustand der Befragten, in der sie sich empfindungslos/unter Schock fühlte. Ankerbeispiel: "nach den Biopsien, ja, da war das mit dem Schock so, dass ich auch sehr lange gar nicht- , gar keine Sexualität leben konnte." (B04, Pos. 88) Erzeugung: Induktiv	6
VERARBEITUNGSPROZESS:	Aktive Bedeutungsgebung und Integration der LEEP-Erfahrung in die persönliche Biografie. Erzeugung: Deduktiv	1
Unterstützung	Beschreibt die Unterstützung, die die Befragte aus ihrem Umfeld erhalten hat. Erzeugung: Deduktiv	6
Erklärungs- und Deutungsmuster	Wie die Frau der Erfahrung Sinn und Bedeutung verleiht. Erzeugung: Induktiv	0
Kausalattributionen (medizinisch, energetisch, spirituell)	Verschiedene Erklärungsmodelle für das Geschehene und seine Auswirkungen. Ankerbeispiel: Rein medizinische vs. ganzheitliche vs. spirituelle Deutung der Veränderungen Erzeugung: Induktiv	12
Körperbild nach Eingriff (verstümmelt vs. energetisch kontinuierlich)	Veränderte Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers nach der LEEP.	4

	Ankerbeispiel: Gefühl der "Verstümmelung" vs. "energetisch ist sie immer noch da"	
	Erzeugung: Induktiv	
Bedeutungsgebung für Identität/Weiblichkeit	Integration der Erfahrung in das Selbstbild als Frau.	6
	Ankerbeispiel: Auswirkungen auf das Gefühl von Weiblichkeit, Fruchtbarkeit, sexueller Identität	
	Erzeugung: Induktiv	
Integration in Biografie	Einordnung der LEEP-Erfahrung in die Lebensgeschichte.	6
	Ankerbeispiel: Als Krise, Wendepunkt, Lernchance oder traumatische Erfahrung	
	Erzeugung: Induktiv	
Aktive Entwicklung	Wandel von passiver Erduldung zu aktiver Mitgestaltung der Situation.	0
	Erzeugung: Induktiv	
Wiederaneignen der Sexualität	Beschreibt die Wiederaneignung ihrer Sexualität durch die Befragte nach der LEEP.	3
	Ankerbeispiel: "die Wiederherstellung der Sensibilität. Also zuerst war sie weg und dann war für mich die oberste Prämisse, die Sensibilität wieder herzustellen." (B05, Pos. 102)	
	Erzeugung: Induktiv	
Anfängliche Passivität/Unwissen	Initiale Haltung des Vertrauens und der Unwissenheit gegenüber medizinischen Autoritäten.	2
	Ankerbeispiel: "damals war ich noch so unerfahren und ich habe mich überhaupt nicht belesen, sondern komplett auf die Ärzte verlassen" (B02, Pos. 20)	
	Erzeugung: Induktiv	
Informationssuche/Selbstbildung	Aktive Aneignung von Wissen über die eigene Situation und Alternativen.	7
	Ankerbeispiel: "Bei der zweiten OP hatte ich mich dann schon belesen" (B02)	

	Erzeugung: Induktiv	
Autonomieentwicklung/Selbstermächtigung	Entwicklung von Selbstbestimmung und eigenverantwortlicher Entscheidungsfindung. Ankerbeispiel: "Alle Register ziehen" und eigenständige Therapieentscheidungen treffen Erzeugung: Induktiv	3
Spirituelle/energetische Verarbeitung	Integration der Erfahrung auf spiritueller oder energetischer Ebene. Erzeugung: Induktiv	0
Rituale und Loslassprozesse	Spirituelle Praktiken zur Verarbeitung und Heilung. Ankerbeispiel: "in einem Ritual meine Gebärmutter losgelassen habe. Ich habe sie noch, alles fein, aber ich habe einfach gesagt: Gut, und wenn sie jetzt nicht mehr möchte und gehen möchte, dann soll sie gehen." (B02, Pos. 78) Erzeugung: Induktiv	2
Ganzheitliche Körperarbeit	Alternative Heilmethoden und körperorientierte Ansätze. Ankerbeispiel: Tantra-Ausbildung, Körperarbeit, alternative Medizin Erzeugung: Induktiv	2
Alternative Deutungsrahmen	Nicht-medizinische Erklärungsmodelle für das Geschehene. Ankerbeispiel: Energetische, spirituelle oder psychosomatische Erklärungsansätze Erzeugung: Induktiv	7
NEUE REALITÄT: Leben mit Veränderungen	Das Leben und Erleben nach der LEEP-Konisation, einschließlich aller Anpassungen und Veränderungen. Erzeugung: Induktiv	0

Sexualität nach dem Eingriff	Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten nach der LEEP. Erzeugung: Deduktiv	4
Objektive Veränderungen	Messbare oder klar beobachtbare körperliche Veränderungen. Erzeugung: Deduktiv	4
Sensibilitätsveränderungen der Zervix (Taubheit, veränderte Qualität)	Veränderungen der Empfindungsfähigkeit im zervikalen Bereich. Ankerbeispiel: "Also der Gebärmuttermund ist taub. Definitiv." (B02, Pos. 70) Erzeugung: Deduktiv	10
Schmerzempfindungen/Trockenheit	Neue Schmerzen oder Trockenheit, die vorher nicht vorhanden waren. Ankerbeispiele: "Oft und viel schmerzhaft" (B02, Pos. 66) "von jetzt auf gleich richtig trocken" (B02, Pos. 68) Erzeugung: Deduktiv	10
Verlagerung der Erogenität (vaginal→klitoral)	Verschiebung der hauptsächlichen Erregungsquellen. Ankerbeispiel: "Orgasmen, das hat sich halt mehr Richtung aus, also mehr nach außen verschoben" (B02, Pos. 70) Erzeugung: Deduktiv	1
Orgasmusqualität ("kreischig" vs "warm")	Veränderte qualitative Eigenschaften des Orgasmuserlebens. Ankerbeispiel: "Nicht mehr so warm, weich und in Wellen, sondern wirklich schrill und kreischig" (B02) Erzeugung: Induktiv	8
Subjektive Bewertung ("besser/schlechter als vorher")	Persönliche Einschätzung der sexuellen Veränderungen. Ankerbeispiel: "Besser als vorher" trotz objektiver Veränderungen durch neue Kompetenzen	9

	Erzeugung: Deduktiv	
Zeitfaktor (parasympathische Aktivierung braucht Zeit)	Notwendigkeit längerer Vorbereitung für schmerzfreie Sexualität. Ankerbeispiel: "So mal eben schnell geht nicht bei mir... es bedarf tatsächlich auch mehr Vorbereitung, sanfte Vorbereitung" (B02) Erzeugung: Induktiv	6
Neue Körperkompetenz/Bewusstsein	Entwicklung verbesserter Körperwahrnehmung und -kenntnisse. Ankerbeispiel: "Ich bin fest davon überzeugt... ich habe mich sehr verändert. Dass ich auch mehr mir selbst zuhöre" (B02) Erzeugung: Induktiv	2
Anpassungsstrategien (Grenzen setzen, steuern, Kommunikation)	Konkrete Verhaltensänderungen zur Bewältigung der Veränderungen. Ankerbeispiel: "Nee, Schatz, später!... Und da auch eine Grenze setzen kann eben für meinen Gebärmuttermund" (B02) Erzeugung: Induktiv	3
Partnerschaftsdynamiken	Auswirkungen der LEEP auf Beziehungen und Partnerschaft. Erzeugung: Induktiv	1
Veränderungen im Verlangen	Beschreibt Veränderungen im Verlangen der Befragten oder ihres Partners. Ankerbeispiel: "die Intensität hat sich geändert, die Lust, die Häufigkeit, das ist also sehr eingeschlafen oder abgeschwächt" (B04, Pos. 86) Erzeugung: Deduktiv	3
Pathologisierende vs. normalisierende Sichtweisen	Unterschiedliche Umgangsweisen des Partners mit den Veränderungen. Ankerbeispiel: Partner sieht Frau als "krank" vs. Partner behandelt sie normal	3

	Erzeugung: Induktiv	
Kommunikationsqualität über Sexualität	Fähigkeit, über sexuelle Bedürfnisse und Veränderungen zu sprechen. Ankerbeispiel: "Wir haben eine ganz andere kommunikative Ebene... dass wir da drüber kommunizieren können" (B02) Erzeugung: Induktiv	3
Partnerwechsel als Ressource/Chance	Neue Beziehung als Möglichkeit für bessere sexuelle Erfahrungen. Ankerbeispiel: Trennung von verständnislosem Partner und neue, kommunikativere Beziehung Erzeugung: Induktiv	3
Psychische und soziale Auswirkungen	Psychologische und soziale Folgen der LEEP-Erfahrung. Erzeugung: Deduktiv	0
Selbstbild/Identität (Weiblichkeit, Fruchtbarkeit)	Veränderungen im Selbstverständnis als Frau. Ankerbeispiel: Gefühl, "keine richtige Frau" zu sein oder Sorgen um Fruchtbarkeit Erzeugung: Deduktiv	3
Verstümmelungsgefühle vs. Kontinuitätserleben	Extreme Pole des Körperbildes nach der LEEP. Ankerbeispiel: "Verstümmelt" vs. "energetisch noch da" Erzeugung: Induktiv	2
Soziale Unterstützung/Isolation	Verfügbarkeit oder Mangel an sozialer Unterstützung. Ankerbeispiel: "Nicht mal auch mit Freundinnen gesprochen" (B03) Erzeugung: Induktiv	3

Angst bei nachfolgender Schwangerschaft	Beschreibt die Angst der Befragten vor negativen Auswirkungen der LEEP/der Biopsie auf künftige Schwangerschaften. Erzeugung: Deduktiv	2
Anpassungs-/Lösungsstrategien	Konkrete Maßnahmen zur Bewältigung der Situation. Erzeugung: Deduktiv	0
Schutz vor Ansteckung	Beschreibt Maßnahmen, die ergriffen wurden, um Verbreitung des HPV zu verhindern bzw. das Risiko zu minimieren. Ankerbeispiel: "Also mein privates Sexualverhalten habe ich dann wirklich auf die bestehende Partnerschaft eingeschränkt." (B04, Pos. 42) Erzeugung: Induktiv	4
Informationssuche (medizinisch, alternativ)	Aktive Suche nach Wissen und Lösungsansätzen. Ankerbeispiel: Facebook-Gruppen, medizinische Literatur, alternative Quellen Erzeugung: Induktiv	1
Körperarbeit/Selbstfürsorge	Praktiken zur Verbesserung des Körpererlebens. Ankerbeispiel: "Zeit für ganz viel Selbstliebe... mich auch selber stimulare" (B02) Erzeugung: Induktiv	2
Kommunikationsentwicklung	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten in Bezug auf Sexualität. Ankerbeispiel: Lernen, Bedürfnisse und Grenzen zu artikulieren Erzeugung: Induktiv	2
Professionelle Unterstützung suchen	Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Ankerbeispiel: Sexualberatung, Psychotherapie, alternative Heilpraktiken	1

	Erzeugung: Deduktiv	
Verschlechterung bestehender Symptome	Beschreibt die Verschlechterung von psychischen oder körperlichen Symptomen der Befragten, die bereits vor dem Eingriff bestanden.	0
	Erzeugung: Induktiv	
Verstärkte Hypersexualität	Beschreibt eine verstärkte Hypersexualität bei der Befragten.	2
	Erzeugung: Induktiv	
Erhöhte Sensitivität	Beschreibt eine verstärkte genitale Sensibilität der Befragten infolge des Eingriffs.	1
	Erzeugung: Induktiv	
RESSOURCEN UND RAHMENBEDINGUNGEN, übergreifend	Faktoren, die das Outcome der LEEP-Erfahrung positiv oder negativ beeinflussen.	3
	Erzeugung: Induktiv	
Protektive Faktoren/Ressourcen - Sicherheit, ich kann	Faktoren, die zu einer besseren Bewältigung und positiveren Outcomes beitragen.	0
	Erzeugung: Induktiv	
Lösungen finden für Bedürfnisse	Beschreibt die grundsätzliche Fähigkeit der Befragten, Lösungen für Probleme zu finden. Ankerbeispiel: "dafür bin ich wahrscheinlich ein bisschen zu sehr self-made. (lacht) Also ich habe, ich habe so oft erlebt, dass es einfach sozusagen- . Wenn das nicht im normalen Programm geht, dann suche ich Wege." (B05, Pos. 100)	1
	Erzeugung: Induktiv	
Partner stellt sich auf Bedürfnisse in der Sexualität ein	Beschreibt die Fähigkeit des Partners der Befragten, sich auf ihre Bedürfnisse einzustellen. Ankerbeispiel: "aber halt auch zu wissen, mein Partner hört mich und nimmt es wahr und reagiert da darauf, das war für mich auch sehr wichtig." (B02, Pos. 88)	2
	Erzeugung: Induktiv	

Sexuelles Selbstbewusstsein, Kompetenz	Beschreibt das positive Bild, das die Befragte in Bezug auf ihr Geschlecht und ihre Sexualität hat. Erzeugung: Induktiv	7
Soziale Unterstützung (Partner, Freunde, Communities)	Verfügbare emotionale und praktische Unterstützung durch das soziale Umfeld. Ankerbeispiel: Verständnisvoller Partner, Online-Communities, Freundinnen zum Reden Erzeugung: Induktiv	3
Informiertheit	Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen über die Situation. Ankerbeispiel: Medizinische Aufklärung, Selbstbildung, professionelle Beratung Erzeugung: Induktiv	7
Körperbewusstsein/spirituelle Praxis, Vertrauen	Entwickelte Fähigkeit zur Körperwahrnehmung und spirituelle Ressourcen. Ankerbeispiel: Tantra-Ausbildung, Meditation, Körperarbeit Erzeugung: Induktiv	9
Kommunikative Kompetenz	Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu artikulieren und Grenzen zu setzen. Ankerbeispiel: Klare Kommunikation mit Partnern über sexuelle Bedürfnisse Erzeugung: Induktiv	8
Alternative Beziehungsformen (Polyamorie als Resource)	Nicht-monogame Beziehungsstrukturen als Möglichkeit unterschiedlicher Erfahrungen. Ankerbeispiel: Mit anderen Partnern erlebt, dass sie ihre Sexualität genauso genießen kann. Erzeugung: Induktiv	2
Professionelle Begleitung/Weiterbildung (Tantra, Therapie)	Qualifizierte professionelle Unterstützung im Verarbeitungsprozess. Ankerbeispiel: Sexualberatung, Traumatherapie, körperorientierte Therapien	9

	Erzeugung: Induktiv	
Vertrauensverhältnis	Beschreibt ein gutes Vertrauensverhältnis der Befragten zur behandelnden Person. Ankerbeispiel: "also ich habe dem sehr vertraut mit dem, was der so gemacht hat." (B06, Pos. 110) Erzeugung: Induktiv	1
Belastende Faktoren (systemisch), Unsicherheit, ich kann nicht	Strukturelle und gesellschaftliche Faktoren, die die Belastung verstärken. Erzeugung: Induktiv	0
Es wird nicht besser, obwohl ich alles gegeben habe	Beschreibt die Situation, dass keine Besserung des Befindens/ der Gesundheit eintritt, obwohl die Befragte viel dafür tut. Ankerbeispiel: "Und haben alles Mögliche an Zäpfchen, Tinkturen, ich- , also, ich habe alles gemacht und auch da wurde es tatsächlich immer schlechter, immer schlechter, immer schlechter, immer schlechter, sodass ich dann das letzte Mal dann auch wieder dann halt operiert werden musste." (B02, Pos. 20) Erzeugung: Induktiv	7
Unzulängliche STI-Prävention	Beschreibt die Belastung der Befragten durch die unzulängliche Aufklärung und Prävention in Bezug auf STIs. Erzeugung: Induktiv	1
Medizinische Kommunikationsdefizite, Vertrauensprobleme	Mangelnde oder problematische Kommunikation im medizinischen System. Ankerbeispiel: Fehlende Aufklärung über sexuelle Auswirkungen, Zeitdruck in der Praxis Erzeugung: Induktiv	12
Kulturelle/gesellschaftliche Tabus und Ungerechtigkeiten	Gesellschaftliche Hemmungen im Umgang mit Sexualität und weiblichen Körpern. Ankerbeispiel: Schwierigkeit, über sexuelle Probleme zu sprechen	1

	Erzeugung: Induktiv	
HPV-Stigmatisierung	Gesellschaftliche Bewertung und Stigmatisierung von HPV-Infektionen. Ankerbeispiel: Scham und Schuldgefühle aufgrund der sexuellen Übertragung Erzeugung: Induktiv	1
Zeitdruck im Gesundheitssystem	Strukturelle Zwänge, die zu hastigem oder unzureichendem Vorgehen führen. Ankerbeispiel: Keine Zeit für ausführliche Aufklärung oder Bedenkzeit Erzeugung: Induktiv	3
Rahmenbedingungen der Behandlung	Spezifische Umstände der medizinischen Behandlung, die das Erleben prägen. Erzeugung: Induktiv	0
Traumasensible vs. traumatisierende Behandlung	Unterschiede in der Art der medizinischen Durchführung bezüglich Traumasensibilität und deren psychische Auswirkungen. Ankerbeispiel: Eingehen auf Bedürfnisse vs. technische Abfertigung "Es wurde auf mich eingegangen, es wurde Musik gespielt... komplett auf mich als Frau, als Mensch eingegangen" vs. unpersönliche Behandlung (B03) Erzeugung: Induktiv	10
Aufklärungs-/Informationsqualität	Quantität und Qualität der medizinischen Aufklärung. Ankerbeispiel: Umfassende vs. oberflächliche Aufklärung über Risiken und Alternativen Erzeugung: Induktiv	7
Nachbetreuung/psychosoziale Unterstützung	Verfügbarkeit von Unterstützung nach dem medizinischen Eingriff. Ankerbeispiel: Psychosoziale Begleitung vs. rein medizinische Nachkontrolle Erzeugung: Induktiv	4

Verarbeitungsgrad und Narrativtypen	Beschreibt den auch in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand zum Eingriff mehr oder weniger abgeschlossenen Verarbeitungsprozess und die Art des Narrativs, der entwickelt wurde. Erzeugung: Induktiv	0
Wenig verarbeitete Erfahrungen	Beschreibt wenig verarbeitete Erfahrungen der Befragten und liefert Zugang zu unmittelbaren, wenig gefilterten Emotionen. Erzeugung: Induktiv	2
Meta-reflektierende Darstellungen	Meta-reflektierende Darstellungen der Befragten boten Einblicke in die Konstruktion von Bedeutung. Ankerbeispiel: "Das stimmt, aber da muss ich wirklich sagen, da würde ich jetzt konstruieren, glaube ich." (B03, Pos. 100) Erzeugung: Induktiv	6
Wünsche	Veränderungswünsche, die die Befragten an das Gesundheitswesen haben. Ankerbeispiel: "Also ich denke es wäre gut, wenn Frauenärzte- , wenn es da auch Vortragsrunden oder Sprechstunden gäbe." (B04, Pos. 118) Erzeugung: Induktiv	6

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen, als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel (inklusive elektronischer Medien und Online-Ressourcen) benutzt.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ich bin mir bewusst, dass ein Verstoß gegen diese Versicherung nicht nur prüfungsrechtliche Folgen haben wird, sondern auch zu weitergehenden rechtlichen Konsequenzen führen kann.

Hanna Krohn

Wulfsdorf, 11. August 2025