

# „Als wäre mein Musikinstrument massiv beschädigt worden“

## Sexualität nach LEEP-Konisation – wonach die Gynäkologie nicht fragt

Von Hanna Krohn

Sie saß mir gegenüber und suchte nach Worten. Dann sagte sie: „Als wäre mein Musikinstrument massiv beschädigt worden.“ Eine andere beschrieb es so: „Die Gebrauchsanweisung für mich musste neu geschrieben werden.“ Eine dritte: „Ich fühlte mich wie im Scherbenhaufen.“ Und eine vierte entdeckte Jahre nach dem Eingriff Lustqualitäten, die sie vorher nicht kannte: „Das ist ein ganz tiefes, weibliches All-over-Erlebnis.“

Diese Frauen haben alle dasselbe hinter sich: eine LEEP-Konisation (Loop Electrosurgical Excision Procedure). Einen Eingriff am Gebärmutterhals, den die Gynäkologie als Routineprozedur behandelt und über dessen Auswirkungen auf die Sexualität - wenn überhaupt - nur ein Satz verloren wird: Keine relevanten Folgen zu erwarten.

Ich habe für meine Masterarbeit in Sexologie sechs cis-Frauen interviewt, die das anders erlebt haben. Auf die Idee kam ich durch Klientinnen, die mir in der Praxis von Veränderungen berichtet haben. Was sie mir erzählten, hat mich wütend gemacht und in mir den Wunsch geweckt, sichtbar zu machen, was dieser Eingriff bedeuten kann.

### Der Mythos der unsensiblen Zervix

Jährlich werden in Deutschland etwa 56.000 LEEP-Konisationen durchgeführt. Bei dem Eingriff wird mit einer Elektroschlinge ein kegelförmiges Stück Gewebe aus dem Gebärmutterhals (Zervix) entfernt, um Krebsvorstufen (CIN) zu behandeln oder abzuklären. Die Zervix ist der zylinderförmige, nur wenige Zentimeter große untere Teil der Gebärmutter, der sie mit der Vagina verbindet. Sie verändert ihre Position bei sexueller Erregung, ist über den Vagusnerv mit dem zentralen Nervensystem verbunden und kann eine Rolle im sexuellen Erleben spielen.

Seit dem Kinsey-Report von 1953 gilt die Zervix offiziell als sexuell nicht sensitiv. Diese Einschätzung, inzwischen von neuerer Forschung zunehmend in Frage gestellt, hat sich in der medizinischen Praxis als erstaunlich zählebig erwiesen. Sie dient immer

noch als Rechtfertigung für eine gynäkologische Praxis, in der operative Eingriffe an diesem Körperteil routinemäßig ohne sexualmedizinische Aufklärung erfolgen. Frauen, die danach Veränderungen wahrnehmen, fühlen sich oft allein damit oder werden nicht ernst genommen.

### Was sechs Frauen mir erzählten

Für meine qualitative Studie wollte ich mit Frauen sprechen, die nach dem Eingriff Veränderungen wahrgenommen haben, und ich wollte wissen, wie diese Veränderungen aussehen, wie sie sich entwickeln und verarbeitet werden. Dafür habe ich sechs problemzentrierte Interviews geführt und ausgewertet.

Das Spektrum war breiter, als ich erwartet hatte. Am einen Ende stehen schwere sexuelle Destabilisierungen, Schmerzen beim Sex, veränderte oder ausbleibende Orgasmen und das Gefühl, den eigenen Körper nicht mehr zu kennen. Am anderen Ende finden sich Frauen, die sich nach Jahren aktiver Auseinandersetzung neue Lustqualitäten erschlossen hatten. Manche nahmen erstmals überhaupt zervikale Empfindungen wahr.

Zwischen diesen Polen liegen zum Teil komplexe Reorganisationsprozesse, die sich über Jahre erstrecken. Wenn die Bilanz positiv ausfiel, war dies nicht der Abwesenheit von Auswirkungen geschuldet, sondern der jahrelangen Arbeit an sich selbst.

Besonders auffällig war, was den psychischen Belastungen zugrunde lag. Bisherige Studien erklären diese meist mit der Angst vor Krebs und der HPV-Diagnose. Das spielte für meine Interviewpartnerinnen durchaus eine Rolle, war aber nicht entscheidend. Für viele stand im Vordergrund, dass sie den Eingriff selbst als Grenzverletzung erlebten: Zu schnell, zu wenig Aufklärung, zu wenig Raum für Fragen, für Gefühle, für das Innehalten angesichts der Tatsache, dass hier an einem zutiefst persönlichen, sexuell und symbolisch aufgeladenen Teil des Körpers operiert wurde.

Besonders relevant ist dieser Aspekt bei Frauen, die in der Vergangenheit Gewalt erlebt haben – eine Gruppe, die, wie die Forschung gezeigt hat, unter Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs überproportional vertreten ist. Aber die Schlussfolgerung daraus kann nicht lauten, dass nur diese Frauen besondere Aufmerksamkeit verdienen. Eine traumasensible Grundhaltung muss Standard sein – weil niemand im Behandlungszimmer weiß, welche Geschichte die Frau auf dem Stuhl mit sich trägt.

## Medizinisches Gaslighting an der Zervix

Was meine Interviewpartnerinnen beschreiben, ist kein Randphänomen. Vielmehr ist das medizinische System strukturell nicht darauf vorbereitet, die Zusammenhänge zwischen gynäkologischen Eingriffen und sexuellem Erleben zu verstehen, geschweige denn sie angemessen zu begleiten.

Dass Sexualität im medizinischen Kontext kaum thematisiert wird, betrifft nicht nur Frauen, sondern ist eine Leerstelle, die sich durch das gesamte Gesundheitssystem zieht. Das fängt bei der Forschungslage an. Die wenigen existierenden Studien zu Sexualität nach LEEP setzen fast ausschließlich auf quantitative Erhebungsinstrumente wie den Female Sexual Function Index (FSFI). Dieser Fragebogen, wie die meisten seiner Art, versteht Sexualität funktional: Häufigkeit, Schmerz, Lubrikation, Orgasmus als binäres Ereignis. Was er nicht abfragt, kann er nicht abbilden. Eine Frau, die nach LEEP ihren Orgasmus noch hat, ihn aber anders erlebt – gedämpft, verändert, weniger genussvoll – fällt durch dieses Raster.

Das ist kein Problem, das nur Frauen betrifft. Das funktionale Verständnis von Sexualität in der medizinischen Forschung betrifft alle Geschlechter. Aber ihre Konsequenzen treffen Frauen mit besonderer Wucht, denn wir wissen noch immer erschreckend wenig über die Zusammenhänge zwischen körperlichen Eingriffen und sexuellem Erleben bei Frauen. Zu wenig jedenfalls, um daraus zu schließen, dass das, was wir weder messen noch erklären können, nicht existiert. In einer der Studien galten 84 Prozent der untersuchten Frauen nach einer LEEP-Konisation nach FSFI-Kriterien als sexuell dysfunktional, während ihre behandelnden Ärzt\*innen gleichzeitig angaben, sexuelle Risiken des Eingriffs nicht thematisiert zu haben.

Was Frauen zusätzlich trifft, ist die Tendenz, dass ihre Beschwerden psychologisiert werden, wenn sie sich dem Messbaren entziehen und dass sie in die Schublade der Überempfindlichkeit gesteckt und in die lange Geschichte von Frauen eingereiht werden, deren körperliche Wahrnehmung als Einbildung galt. Dabei wäre die richtige Reaktion auf Unwissen nicht Abweisung, sondern Neugier. Doch die Medizin ist eine Antwortkultur. Sie diagnostiziert, klassifiziert, behandelt. Nicht-Wissen ist da nicht vorgesehen. Aber gerade bei einem so komplexen, individuellen Gegenstand wie dem sexuellen Erleben wäre es die wissenschaftlich redlichere Haltung, Fragen zu stellen: „Was haben Sie nach dem Eingriff als verändert wahrgenommen? Wie hat sich das entwickelt? Was hat geholfen?“ Diese Fragen kosten nichts, sie werden nur nicht gestellt.

## Was sich bewegt – und warum das nicht reicht

Es gibt Bewegung in der Gynäkologie, und es ist wichtig, sie zu benennen. Die überarbeitete S3-Leitlinie hat die Indikationsstellung für Konisationen verschärft. Dass jeder Konisation eine kolposkopische Abklärung in einer spezialisierten Dysplasiesprechstunde vorausgehen muss, schützt ebenfalls vor Übertherapie.

Erste Versuche mit Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) in der gynäkologischen Onkologie sind ein weiteres vielversprechendes Instrument: Dies ist endlich ein systematischer Ansatz, der die Perspektive der Patient\*innen als zentrales Qualitätsmerkmal begreift. Der DGGG/BVF-Leitfaden zur patientinnenzentrierten Versorgung weist in dieselbe Richtung.

Aber diese Instrumente greifen nur, wenn die richtigen Fragen gestellt werden. Und Fragen zur Sexualität nach gynäkologischen Eingriffen sind noch immer nicht Standard. PROMs, die nicht nach Lustempfinden, sexueller Identität oder Veränderungen im intimen Erleben fragen, messen an der Lebensrealität der Betroffenen vorbei.

Was ich mir darüber hinaus wünsche, ist ein Blick auf die therapeutischen Innovationen in der Onkologie. Es gibt seit Jahren vielversprechende Forschungsansätze zu nicht-operativen Behandlungsmethoden bei Zervixdysplasien, die den Weg in die gynäkologische Routineversorgung bislang leider noch nicht gefunden haben.

Die eigentliche Lücke bleibt jedoch eine andere: Es gibt kein systematisches Angebot sexualberaterischer Begleitung nach gynäkologischen Eingriffen. Was meinen Interviewpartnerinnen bei ihrer Reorganisation geholfen hat – körperorientierte Arbeit, offene Gespräche, manchmal Paarberatung, manchmal einfach der Raum, die eigene Erfahrung zu benennen und in die eigene Biografie zu integrieren – das haben sie sich selbst erarbeitet oder zufällig gefunden. Eine traumasensible, phasenspezifische Begleitung, die präoperative Vorbereitung ebenso umfasst wie postoperative Nachsorge, sollte kein Glücksfall sein, sondern Standard werden.

Sexuelle Gesundheit ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Solange Gynäkologie, Sexologie und Psychotraumatologie nicht systematisch zusammenarbeiten, werden Frauen, die nach einer LEEP-Konisation Veränderungen in ihrem sexuellen Erleben feststellen, weiterhin auf sich allein gestellt sein.

## Was bleibt

Meine Forschung hat gezeigt, dass sexuelles Erleben lernbar ist. Es verändert sich, es kann sich erholen, es kann sich neu organisieren. Das ist vielleicht der hoffnungsvollste Befund meiner Arbeit und gleichzeitig einer, der nicht als Entlastung des Systems missverstanden werden sollte. Dass Frauen das allein schaffen können, bedeutet nicht, dass sie es allein schaffen müssen.

Was du wissen solltest, wenn du vor einer LEEP-Konisation stehst oder eine hinter dir hast: Du hast das Recht auf Fragen. Fragen zur Indikation: „Ist der Eingriff wirklich notwendig, oder wäre Watch and Wait vertretbar?“ Fragen zur Durchführung, zu möglichen Folgen, zur Sexualität. Du hast das Recht auf eine zweite Meinung. Und du hast das Recht, deine Erfahrungen und dein Erleben ernst zu nehmen.

**Hanna Krohn** ist Sexologin (M.A.) und Heilpraktikerin, ausgebildet in *Klinischer Sexologie und Somatic Experiencing*®. In ihrer Praxis in Ahrensburg bei Hamburg sowie online berät sie zu weiblicher Sexualität und Frauenheilkunde:  
 ➔ [www.hannakrohn.de](http://www.hannakrohn.de)

## Zum Weiterlesen

Elinor Cleghorn (2022): Die kranke Frau. Wie Sexismus, Mythen und Fehldiagnosen die Medizin bis heute beeinflussen. Kiepenheuer & Witsch.

Melanie Büttner (Hrsg.) (2018): Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziiert sexueller Störungen. Schattauer.

Die Masterarbeit der Autorin „Veränderungen im sexuellen Erleben von cis-Frauen nach einer LEEP-Konisation. Eine qualitative Studie mit Schlussfolgerungen für die Sexualberatung“ wurde 2025 an der Hochschule Merseburg abgeschlossen:

➔ <https://hannakrohn.de/wp-content/uploads/2026/03/MA-LEEP-pub.pdf>

Das FFGZ Berlin berät umfassend zu Pap-Abstrich, HPV-Infektion und Konisation

