



transsexuell.de: Transsexualität, Transidentität, Transgender. Beratung, Selbstfindung, Hintergründe.

## Operation Mann zu Frau

Als **Beispiel**, wie eine Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen abläuft, hier eine OP-Beschreibung von Frau Prof. Dr. Krege aus Krefeld.

Ich habe Frau Prof. Dr. Krege persönlich kennen und schätzen gelernt, dennoch ist diese Darstellung bitte **nicht als Werbung** für sie zu verstehen. Es gibt eine Reihe guter Chirurgen, aber auch die Bedingungen in der jeweiligen Klinik sind bei einer Entscheidung für eine Operation mit einzubeziehen.

Die Liste der mir bekannten Adressen findet sich [hier](#), darunter gibt es allerdings nur einige wenige, die ich nach meinem Wissensstand in die engere Wahl nehmen würde. Wer möchte, kann mich dazu gerne fragen, ein öffentliches Statement an dieser Stelle erscheint mir unangemessen.

[transsexuell.de](http://transsexuell.de)

Informationen

► [Medizin](#)

### Verfahren

[Typischer Ablauf aus Sicht des MDK](#)

### Hormone

[Hormonwegweiser](#)

### Haarentfernung

[Infos zur Epilation](#)

### Operationen MzF

[Dr. Krege, Essen](#)

## "Geschlechtsangleichende" Operation von Mann zu Frau

Frau Prof. Dr. Krege ist Chefärztin der Klinik für Urologie und Kinderurologie im Alexianer-Krankenhaus Maria Hilf in Krefeld. Zuvor war sie mehrere Jahre an der Uni-Klinik in Essen tätig. Insgesamt hat sie in den Jahren 1995-2011 über 500 geschlechtsangleichende Operationen von Mann zu Frau durchgeführt.



### OP-Beschreibung

Stand 10/2011

### Vorbemerkungen:

Voraussetzung, um einen Operationstermin in unserer Klinik zu bekommen, sind die Vorlage der Gutachten und der Kostenzusage (Kopien) für die OP. Außerdem soll ein einmaliger ambulanter Vorstellungstermin erfolgen. Dieser

kann unter den Telefonnummern 02151/ 334-2381 oder -2452 vereinbart werden. Aktuell beträgt die Wartezeit auf eine OP knapp ein Jahr.

In dem Schreiben, das wir nach Erhalt der Unterlagen an die Patientinnen schicken, um den OP-Monat mitzuteilen - den genauen Aufnahmetermin erfahren Sie ca. 6 Wochen vor der OP -, erhalten sie auch Informationen bzgl. der Dinge, die sie mitbringen sollen, u.a. Miederhosen und einen Dildo oder Vibrator. Da wir festgestellt haben, dass bzgl. der Dilatoren oftmals nicht geeignete Modelle mitgebracht werden, haben wir inzwischen selbst 2 Größen vorrätig, die für 11 Euro erworben werden können.

Haben wir die Patienten bislang 2 Tage vor der geplanten OP aufgenommen, geschieht dies nur noch in Ausnahmefällen, z.B. bei einer schwierigen weiten Anreise, da die Krankenkassen inzwischen Probleme bzgl. zweier präoperativer stationärer Tage machen.

Eine Eigenblutspende veranlassen wir nicht mehr. In der Tat hält sich Eigenblut ja nur 4 Wochen, d.h., wenn die Patienten gespendet haben, kommen Sie mit einem recht niedrigen Hb-Wert in die Klinik und brauchen ihr Eigenblut, wenn es in der OP blutet, zurück. Haben sie aber gar nicht erst gespendet, ist der Hb-Abfall bei der OP in den allermeisten Fällen nicht so gravierend, als dass Blut gegeben werden müsste.

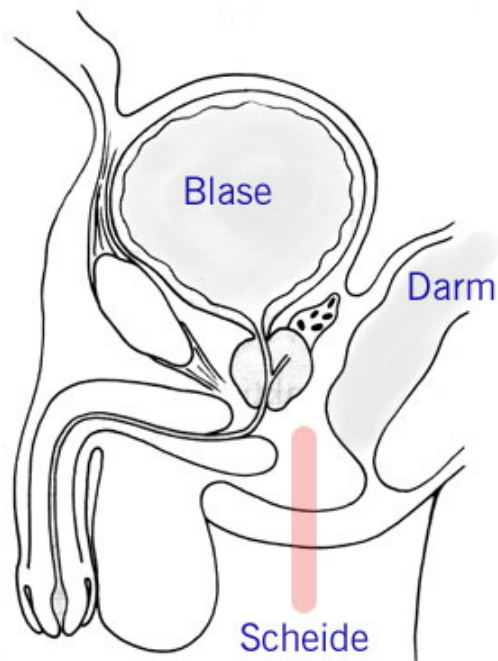
Die Hormone sollten 4 Wochen vor der OP abgesetzt werden und mit der Einnahme sollte erst 10 Tage nach Entlassung wieder begonnen werden.

### **Operation, 1. Sitzung:**

Der Schnitt erfolgt nicht mehr als gerader Dammschnitt, sondern wir entnehmen bereits zu Beginn der OP überschüssige Haut vom Hodensack, die wir in Fällen zu geringer Penisschafthaut zur Rekonstruktion einer ausreichend langen Scheide als freies Transplantat verwenden. Somit vermeiden wir die Entnahme von Haut vom Unterbauch und damit eine weitere Narbe.

In diesem Zusammenhang kommt immer die Frage auf, dass am Hodensack ja Haare sind. Die Haarwurzeln werden beim Ausdünnen der Haut aber weitestgehend entfernt, so dass ein späteres Haarwachstum in der Scheide kein Problem darstellt.

Dann werden Hoden und Samenstränge entfernt, der Penis aus der Schafthaut ausgelöst und die Eichel mit dem Gefäßnervenbündel von den Schwellkörpern vorsichtig abpräpariert. Die Eichel soll ja zur Klitoris werden und entsprechend sensibel bleiben. Nichtsdestotrotz muß über Verletzungen von Gefäßen oder Nerven bei der Präparation aufgeklärt werden, was in Durchblutungsstörungen bis hin zum Zugrundegehen der Klitoris oder Sensibilitätsstörungen resultieren kann. Daß es dazu kommt, ist sehr selten (1%). Als nächstes werden die Corpora cavernosa, also die für die Erektion verantwortlichen Schwellkörper, vom Corpus spongiosum, das die Harnröhre enthält, getrennt. Die beiden Corpora cavernosa werden nahe am Knochen abgesetzt, das Corpus spongiosum gekürzt und reduziert. Hier muß man Vorsicht walten lassen. Entfernt man zuviel, kann es zur Verletzung der Harnröhre oder Durchblutungsstörungen dieser kommen.



Jetzt folgt der gefährlichste Schritt der OP, das Bilden des Raumes für die neue Scheide. Dazu muß man zwischen Harnröhre und Blase auf der einen Seite und dem Enddarm auf der anderen Seite eingehen. All die genannten Strukturen können bei der Präparation verletzt werden. Macht man ein Loch in die Harnröhre, ist dies nicht so schlimm. Man übernährt es und belässt den Katheter etwas länger. Eine Schließmuskelverletzung kann ebenfalls vorkommen. Ich habe aber noch keine Patientin gehabt, die anschließend das Wasser nicht halten konnte. Dies erklärt sich dadurch, dass die ursprünglich männliche Harnröhre einen zweiten, den sog. inneren Schließmuskel hat, der zwar eigentlich für den Samenerguß verantwortlich ist, aber das Wasserhalten auch unterstützt.

Unangenehm ist eine Verletzung des Enddarms. Früher haben wir dann immer für ca. 8 Wochen einen künstlichen Darmausgang angelegt. Dies tun wir jetzt nicht mehr in jedem Fall. Wenn sich der Defekt gut nähen lässt und kein freies Hauttransplantat auf der Naht zu liegen kommt, sondern die Penisschafthaut darauf liegt, kann man auf den künstlichen Ausgang verzichten. Manchmal ist der Defekt aber weit hinten und lässt sich nicht gut nähen, oder man muß die Scheide mit einem freien Hauttransplantat verlängern, das dann gerade auf der Naht liegt. In diesen Fällen sollte man zur Sicherheit doch vorübergehend einen Ausgang anlegen. Man tut sich keinen Gefallen, wenn man darauf verzichtet, die OP zu Ende führt, und es dann nach zwei oder drei Tagen zu Stuhlübertritt in die Scheide kommt, so dass sich dann alles entzündet und kaputt geht, und man ganz von vorne beginnen muß, und dies unter deutlich schwierigeren Bedingungen.

Ist der Raum für die neue Scheide sicher geschaffen, wird die Penisschafthaut umgestülpt und der weiche Platzhalter, den wir jeder Patientin mit der OP zur Verfügung stellen, eingeführt und die Penisschafthaut am Ende verschlossen bzw. wenn nötig mit dem freien Hauttransplantat verlängert.

Es werden dann die Durchtrittsstellen für die Klitoris und die Harnröhre markiert und ausgeschnitten. Wir erhalten die Eichel als Ganzes, es schaut nach außen aber nur ein Kleinfingernagel-großes Areal durch. Der übrige Teil wird enthäutet und liegt unter der äußeren Haut. So sieht es

natürlich aus, und es bleibt die komplette Sensibilität erhalten. Die Harnröhre wird ebenfalls ausgeleitet und gekürzt. Da es vom Harnröhrenrand gerne nachblutet, wird hier eine extra Naht rundherum gemacht und ein dicker Katheter eingelegt, um etwas Gegendruck aufzubauen. Zusätzlich wird von der Bauchdecke ein Katheter in die Blase eingelegt, über den auch der Urin abgeleitet wird. Die Befestigung der Scheide in dem geschaffenen Raum gelingt durch das Einsprühen mit Fibrinkleber vor dem Einführen. Zum Schluß dieser ersten Sitzung werden aus der noch vorhandenen Haut des Hodensackes die großen Schamlippen gebildet. In die Schamlippen werden 2 Drainagen eingelegt. Nun wird ein aufwendiger Druckverband angelegt. Damit ist die erste Sitzung beendet.

Postoperativ erfolgt alle zwei Tage ein Verbandwechsel.

**Vorgehen, wenn keine Scheidenverlängerung mit einem freien Hauttransplantat erforderlich war:** Die Patientinnen haben 2 Tage Bettruhe. Der Platzhalter wird erstmals beim zweiten Verbandwechsel herausgeholt. Beim nächsten Verbandwechsel wird der Katheter in der Harnröhre entfernt, am nächsten oder übernächsten Tag der Verband. Dann werden die Patientinnen in der Handhabung des Platzhalters angeleitet. Hierzu wird zudem eine Broschüre ausgehändigt. Meistens wird die Handhabung innerhalb eines Tages beherrscht, dann wird der von der Bauchdecke in die Harnblase eingelegte Katheter gestöpselt, und die Patientin muß selbst Wasserlassen und über den Bauchkatheter den Restharn messen. Ist dieser gering, wird der Katheter entfernt. Manchmal sind anfangs größere Restharmengen vorhanden, dann kann ein Medikament verabreicht werden, das den Beckenboden entspannt und das Wasserlassen erleichtert. Bei unkompliziertem Verlauf beträgt der Aufenthalt für die erste Sitzung somit 11 bis 12 Tage.

**Vorgehen, wenn eine Scheidenverlängerung mit einem freien Hauttransplantat erforderlich war:** Hier haben die Patientinnen mindestens 6 Tage Bettruhe. Der Platzhalter wird erstmals beim dritten Verbandwechsel herausgeholt. Insgesamt dauert es auch länger, bis die Patientin selbst den Platzhalter einführen darf. Das freie Hauttransplantat muß erst eine gute Durchblutung zeigen. Dies kann 8-10 Tage dauern. Der Aufenthalt beträgt bei Nutzung eines freien Hauttransplantates zwischen 16 und 18 Tagen. Nach Entlassung kann die Hormontherapie wieder begonnen werden, wobei Antiandrogene, wie Cyproteronacetat (AndrocurR) nicht mehr genommen werden müssen. In den nächsten Wochen sollte ein Besuch beim Endokrinologen erfolgen, da oftmals auch die Östrogendosis etwas verringert werden kann.

Zuhause sollen die Patientinnen den weichen Platzhalter weiter tragen, insbesondere nachts. Am Tage können sie dann probieren, ihn stundenweise herauszunehmen. Haben sie beim Wiedereinführen nicht den Eindruck, dass es schwieriger geht, kann er am Tage länger nicht getragen werden. Noch in der Klinik wird den Patientinnen auch gezeigt, zusätzliche Luft in den Platzhalter zu pumpen. Da er dann aber ohne Festhalten herausrutschen würde, sollen sie dies abends beim fernsehen machen. Hat der Platzhalter auch

ohne zusätzliche Luft die Tendenz, aus der Scheide herauszurutschen, sollen ihn die Patientinnen ganz ohne Luft, so, wie er auch eingeführt wird, tragen. Klappt dies auch nicht, können sie bereits mit dem Dildo/ Vibrator dilatieren.

Das Tragen des Platzhalters und damit Dehnen der Scheide ist besonders bei Patientinnen, bei denen eine Scheidenverlängerung mit einem freien Hauttransplantat erfolgte, sehr wichtig!

Weiterhin sollte abends Östrogencreme beim Einführen des Platzhalters verwendet werden, da die Haut dann schön weich wird. Weiterhin ist auf absolute Hygiene zu achten.

### **Operation, 2. Sitzung:**

Die zweite Sitzung sollte frühestens 8 Wochen nach der ersten OP erfolgen. Besondere Vorbereitungen sind nicht nötig. Ein Absetzen der Hormone für die zweite Sitzung ist nicht erforderlich.

Nach der ersten Sitzung ist meistens der hintere Scheidensteg noch erhöht, so dass man nur in einem Bogen den Platzhalter einführen kann. Dieser Steg wird eingeschnitten, so dass man anschließend gerade in die Scheide eingehen kann. Durch die dabei erforderliche Straffung der großen Schamlippen, die auf Wunsch auch noch in ihrem Ausmaß reduziert werden können, entstehen zudem kleine Schamlippen. Weiterhin liegt die Klitoris noch ganz frei, und es ist noch kein eigentlicher Schamhügel vorhanden. Auch dies wird rekonstruiert. Bei einem Teil der Patientinnen wird die Harnröhrenmündung nach der ersten Sitzung eng, oder es besteht auch manchmal das Problem, dass der Harnstrahl über die Toilettenbrille geht. Auch dies kann beides in der zweiten Sitzung korrigiert werden. Ein anderes Problem kann sich durch ein zuviel an Restschwellkörper des Corpus spongiosum ergeben. Dies führt bei sexueller Erregung zu einer Einengung des Scheideneingangs. Auch hier ist bei der zweiten Sitzung eine Nachresektion möglich.

Der stationäre Aufenthalt für diese Maßnahmen beträgt 4-5 Tage.

Um die Nahtreihe am hinteren Scheidensteg zu schützen, sollte die ersten 14 Tage postoperativ nur mit zwei Fingern gedehnt werden. Anschließend kann mit dem Dildo/ Vibrator bougiert werden. Der weiche Platzhalter muß nicht mehr getragen werden. Ca. 6-8 Wochen nach der zweiten Sitzung ist Geschlechtsverkehr möglich.

Im Rahmen der zweiten Sitzung kann auch ein Brustaufbau vorgenommen werden. Diese Maßnahme wird von einer plastischen Chirurgin unseres Hauses durchgeführt. Falls keine Kostenzusage für den Brustaufbau vorliegt, ist eine Eigenbeteiligung der Patientin notwendig, die sich auf etwa 5200 Euro beläuft. Dies beinhaltet die Kosten für die Implantate und die Bezahlung der plastischen Chirurgin. Wird ein Brustaufbau gewünscht, sollten die Patientinnen dies beim Aufenthalt für die erste Sitzung sagen, damit bereits ein Vorgespräch mit der plastischen Chirurgin erfolgen kann.

Die weitere Nachsorge kann bei Ihrem Gynäkologen/ Urologen erfolgen. Ich freue mich natürlich, Sie im Verlauf, z.B. nach einem Vierteljahr nochmals zu sehen. Ebenso ist

klar, dass wir bei Problemen jederzeit ansprechbar sind  
(bitte Rückkopplung per Telefon oder Mail).

**Zusammenfassung möglicher Komplikationen bei der  
OP:**

**1. Sitzung:** Nachblutung, Infektion, Wundheilungsstörung,  
Verletzung von Gefäßen des Gefäßnervenbündels, was im  
Extremfall zum Zugrundegehen der Klitoris führen kann,  
Verletzung von Nerven des Gefäßnervenbündels mit der  
möglichen Konsequenz einer Sensibilitätsminderung,  
Verletzung des Enddarms, wobei dann je nach Situation die  
Anlage eines künstlichen Darmausganges für ca. 8 Wochen  
sinnvoll ist, narbige Engen am Scheideneingang oder in der  
Scheide, letzteres besonders bei Verwendung eines freien  
Hauttransplantates zur Scheidenverlängerung,  
Harnröhrenenge

**2. Sitzung:** Nachblutung, Infektion, Wundheilungsstörung

---

**Termine für ein Vorstellungsgespräch bei Frau Prof.  
Dr. Krege können vereinbart werden unter 02151-  
334-2381.**

Prof. Dr. med. Susanne Krege  
Chefärztin der Klinik für Urologie und Kinderurologie  
Alexianer-Krankenhaus Maria Hilf GmbH  
Dießemer Bruch 81  
47805 Krefeld  
Tel. 02151/ 334-2381

