



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

## Operation Mann zu Frau

Als **Beispiel**, wie eine Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen abläuft, hier ein Referat von Frau Dr. Krege aus dem Mai 2002. Damals arbeitete sie an der Uni-Klinik Essen, heute ist sie im Krankenhaus Maria-Hilf in Krefeld tätig.

Ich habe Frau 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.

Nun also zum Referat von Frau Dr. Krege:

### "Geschlechtsangleichende" Operation von Mann zu Frau

Frau Dr. Krege ist Oberärztin in der Urologischen Klinik der Uni-Klinik Essen. Von 1995 bis 2002 hat sie 102 geschlechtsangleichende Operationen von Mann zu Frau durchgeführt.

#### Die Voraussetzungen für eine Operation:

Vorgelegt werden sollen von Patienten, die Ihre Kostenzusage über den MDK-Nordrhein beantragen, die ausführlichen Gutachten zur Vornamensänderung und die Kostenzusage der Krankenkasse. Vom MDK-Nordrhein sind zusätzlich die beiden Gutachten für die OP-Indikation veranlaßt



[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](#)

worden. Ist ein anderer MDK zuständig, muß das Vorhandensein der Gutachten für die OP-



Indikation belegt werden (z.B. Kopien dieser Gutachten). Die Gutachten für die OP-Indikation sind gleichzeitig für die Beantragung der Personenstands-änderung erforderlich. Außerdem wird hierzu von mir nach der OP eine Bescheinigung über die durch die OP verursachte dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit ausgestellt.

In Einzelfällen behalte ich mir vor, Patienten vor Aufnahme auf die Warteliste zur OP noch einmal in unserer Psychosomatischen Klinik bei Prof. Senf und seinem Team vorzustellen, um mich über die korrekte Indikationsstellung rückzuversichern. Doch in den Fällen, in denen ich das bisher getan habe, wurde die Indikation immer bestätigt, so daß ich Sie da beruhigen kann.

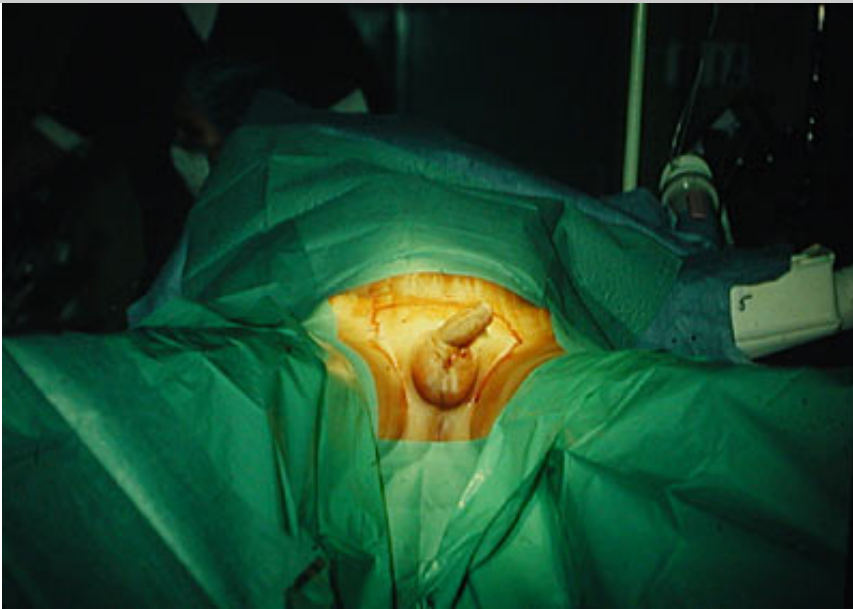
Schließt sich gleich die Frage nach der Wartezeit an. Wir operieren zwei Patientinnen in erster Sitzung im Monat. Dazu kommen dann zweite Sitzungen oder einmal eine Korrektur von auswärts. Wir haben eine relativ lange Warteliste, etwa anderthalb Jahre, aber wir tun unser Möglichstes, die Termine gerecht zu verteilen.

#### **Medizinische Vorbereitungen für eine Operation:**

Eine Eigenblutspende ist vorher möglich und sinnvoll, da an recht gut durchblutetem Gewebe gearbeitet wird. Da kommt es schon einmal zu Blutungen während der Operation. Die Eigenblutspenden lassen sich so organisieren, daß man möglichst wohnortnah spendet und die Konserven dann zur Operation mitgebracht werden. Wir brauchen ca. 3-4 Tüten Blut, so daß die Blutspende ca. vier Wochen vor der OP begonnen werden muß. Das Eigenblut ist nur 4-5 Wochen haltbar, deshalb kann man nicht viel früher beginnen. Manche sagen, die Blutspenden seien heute nicht mehr so wichtig, aber wir haben doch immer wieder Fälle, wo es sehr blutet und wir dann froh sind, daß die Konserven da sind.

Die Patientinnen werden zwei Tage vor der Operation aufgenommen. Als Schutzmaßnahme erfolgt eine gründliche Darmreinigung. Das ist zwar etwas unangenehm, aber wenn es bei der OP einmal im Darm-Bereich eine Komplikation gibt, läßt sich diese dann besser versorgen.

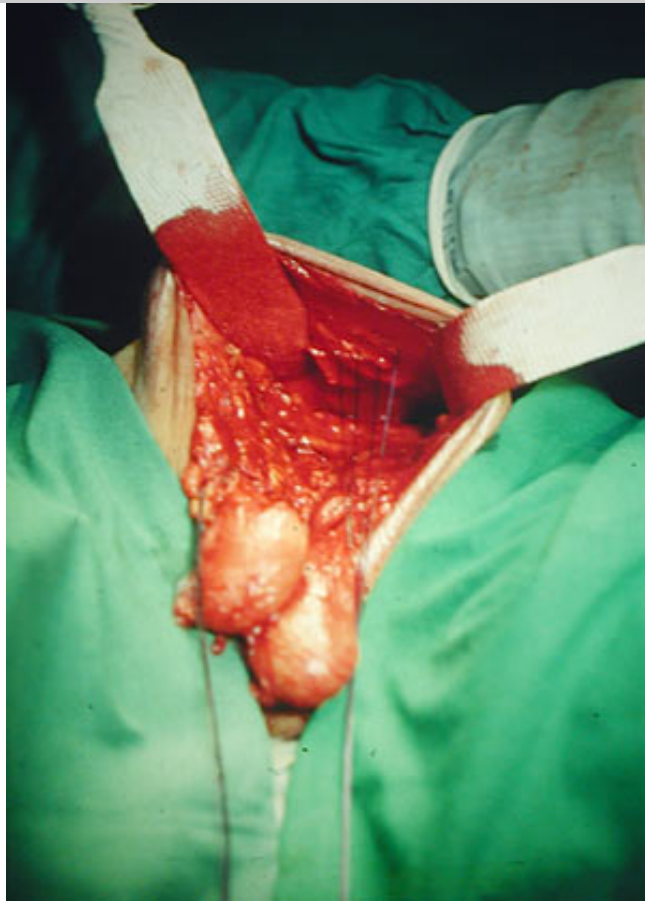
#### **Die Operation:**



Die Ausgangslagerung: mit gespreizten Beinen. Geschnitten wird vom mittleren Scrotum über den Dammbereich bis kurz vor den Anus. Anders als bei anderen Methoden wird nicht im Bereich der Mons pubis Region geschnitten, um die Versorgung der Penis-Schafthaut nicht zu gefährden. Dann werden Hoden und Samenstränge bis zum äußeren Leistenring verfolgt und dort abgesetzt.



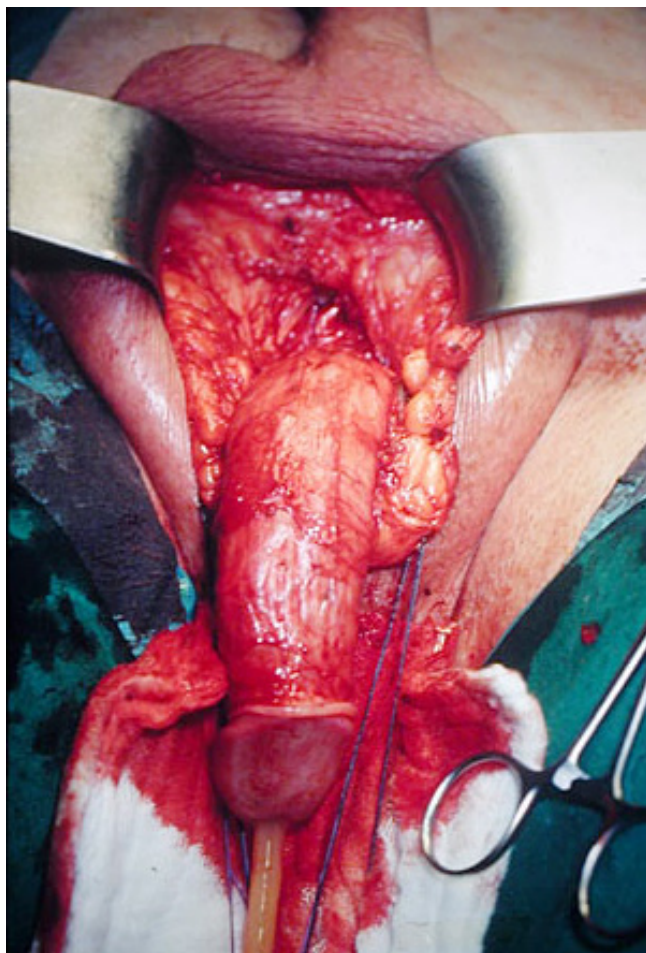
Hier ist noch der Hoden mit dem Samenstrang zu sehen. Letzterer wird bis zum Ansatz am äußeren Leistenring verfolgt und dort abgesetzt. Damit möglichst kein Bruch entsteht, wird der äußere Leistenring bei dieser Gelegenheit verschlossen, und dies auf beiden Seiten.



Hier sind noch beide Hoden da, beide Seiten präpariert. Als nächster Schritt wird nun die Haut vom Unterbauch unterfahren bis zum Nabel, und dann werden auf jeder Seite zwei Nähte vorgelegt. Sie werden zum Schluß der Operation im Bereich des Scheideneinganges geknotet. Das hat folgenden Sinn: Wenn wir die Scheide einstülpen, dann wird sie ja nur mit Fibrinkleber fixiert, und das steht unter ziemlicher Spannung. Wenn man die Scheide einstülpt, muß man ja sozusagen um das Schambein herum und da entsteht Spannung auf dem Gewebe. Um diese zu entlasten, werden diese Nähte vorgelegt und dann hinterher am Scheideneingang geknotet, so daß das Gewebe ein bißchen heruntergezogen wird und nicht alles an diesem Fibrinkleber "hängt". Auch das wird auf beiden Seiten durchgeführt.



Hier sind nun die Hoden entfernt und die Nähte wurden vorgelegt.



Jetzt wird die Penisschafthaut abpräpariert, das heißt, unterhalb der Glans wird die Haut umschnitten und wird dann quasi herunterpräpariert und der Penis hindurchgezogen, so daß sie dann erst einmal oben zu liegen kommt. Bis dahin ist alles noch ganz komplikationslos machbar.

**[Weiter zum Teil 2](#)**

(c) Airin · transsexuell.de



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

## Operation Frau Dr. Krege

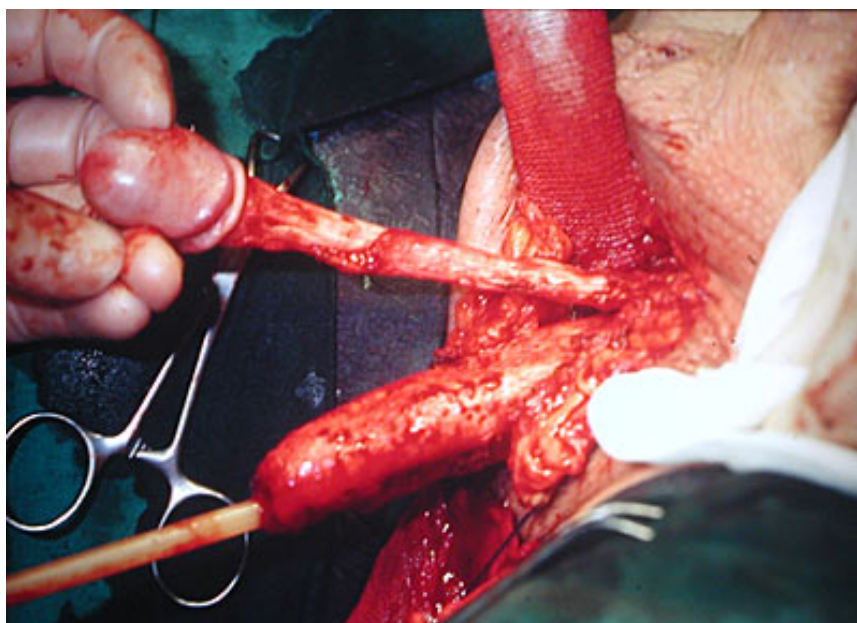
[transsexuell.de](http://transsexuell.de)  
Informationen  
▶ [Medizin](#)

### [Zurück zum ersten Teil](#)

Referat von Frau Dr. Krege in der Transsexuellen-Selbsthilfegruppe Essen Mai 2002.

### Zweiter Teil

Der nächste Schritt ist nun, daß die Eichel, aus der nachher die Klitoris werden soll, mit dem Gefäßnervbündel abpräpariert wird. Dieser Schritt des Abpräparierens dauert ungefähr eine Stunde, das heißt, wir nehmen uns diese Zeit, denn das ist ja eine sehr feine und dünne Schicht, da kann es eben schon passieren, daß man Gefäße oder Nerven verletzt, so daß später die Durchblutung der Eichel/Klitoris beeinträchtigt wäre oder aber die Sensibilität. Deshalb nehmen wir uns da viel Zeit.



Hier haben wir nun dieses Ergebnis erzielt. Das heißt, wir haben hier noch die vollständige Eichel mit dem Gefäßnervbündel, und hier haben wir noch alle drei Schwellkörper, oben die beiden Corpora cavernosa und unten das Corpus spongiosum, welches die Harnröhre enthält, hier mit Katheter.

Der nächste Schritt ist dann, daß man die beiden Corpora cavernosa vom Corpus spongiosum trennt und dann zunächst

### Verfahren

[Typischer Ablauf aus Sicht des MDK](#)

### Hormone

[Hormonwegweiser](#)

### Haarentfernung

[Infos zur Epilation](#)

### Operationen MzF

[Dr. Krege, Essen](#)

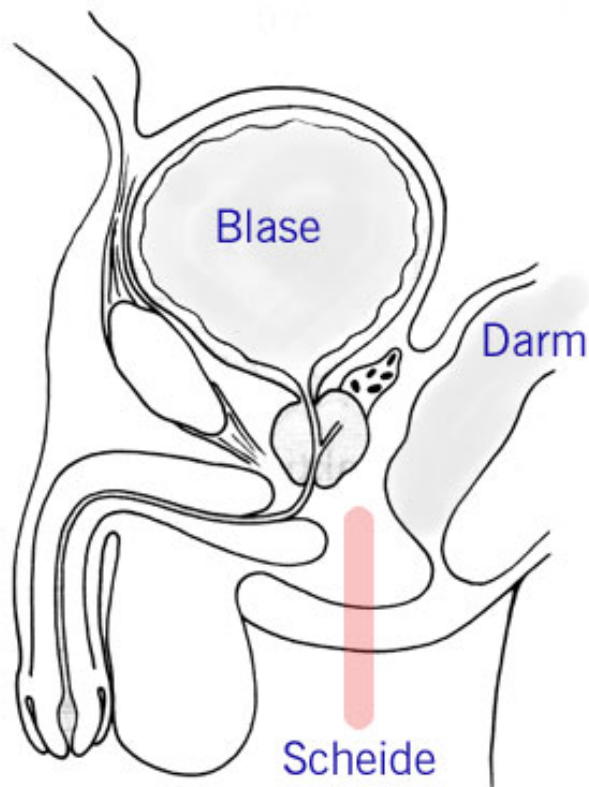
einmal die beiden Corpora cavernosa bis zum Knochen verfolgt. Sie reichen ja bis zum Schambein und machen dort einen Knick nach hinten. An diesem Knick an jeder Seite werden sie möglichst nah am Knochen abgesetzt, weil man keine großen Stümpfe haben möchte, die nachher bei sexueller Erregung anschwellen würden und dann dazu führen würden, daß der Introitus eingengt ist. Sie werden also möglichst nah am Knochen abpräpariert.



Hier sieht man wieder das Gefäßnervenbündel mit der späteren Klitoris, die Corpora cavernosa sind entfernt, Sie sehen also hier nur noch das Corpus spongiosum, welches auch schon ein Stück gekürzt ist, mit Harnröhre samt einliegendem Katheter. Das Corpus spongiosum enthält ebenfalls Schwellkörpergewebe. Von Frau Dr. Spehr habe ich es so gelernt, daß man am Corpus spongiosum Durchstechungen setzt und das Gewebe sozusagen abknotet, so daß die Durchblutung gestört und das Gewebe schließlich atrophisch wird. Wir haben uns mittlerweile angewöhnt, das Gewebe weitestgehend wegzuschneiden. Denn erstens müßten das Fäden sein, die sich nicht auflösen; die kann man eventuell spüren, und dann ist es einmal passiert, daß wir einen Faden durch die Harnröhre gestochen haben. Dies verursachte anschließend eine Fistel, und der Urin floß in eine Schamlippe. Das Problem ließ sich so lösen, daß der Faden im Rahmen einer Harnröhrenspiegelung durchtrennt wurde und noch zwei Wochen ein Katheter belassen wurde bis die Fistel sich verschlossen hatte. Doch ich denke, daß die Entfernung des Gewebes besser ist. Aufpassen muß man natürlich, daß man nicht zu nah an die Harnröhre kommt; dann würde man wieder deren Durchblutung beeinträchtigen oder gar ein Loch hineinschneiden. Natürlich kann man das wieder nähen - aber das muß ja nicht sein.



Bei der Penisschafthaut ist hier schon die innere Vorhaut herauspräpariert. Damit gewinnt man zusätzliche Länge. Sie wissen, der Penis hat im Bereich der Vorhaut zwei Hautblätter, die man gegeneinander verschieben kann, und wenn man dann das innere löst und herauszieht, gewinnt man an zusätzlicher Länge, und das ist, was nach Beschneidung dann immer fehlt. Wenn wir an diesem Punkt sind, ist das kurz vor dem gefährlichsten Schritt des Ganzen, nämlich des Bildens des Raumes für die neue Scheide.



Zwischen Harnröhre und Darm hat man nicht viel Platz, um dazwischen einen Raum zu schaffen. Bei dieser Präparation könnte man auf der einen Seite die Harnröhre verletzen. Das ist nicht weiter schlimm, man näht sie wieder und läßt den Katheter ein bißchen länger liegen. Man könnte auch den Schließmuskel der Harnröhre verletzen, was theoretisch dazu führen müßte, daß man anschließend das Wasser nicht halten kann. Ich habe den Schließmuskel sicher schon in zwei oder drei Fällen verletzt, aber glücklicherweise hat die ursprünglich männliche Harnröhre noch einen inneren Schließmuskel, der eigentlich nur für den Samenerguß zuständig ist, der aber das Wasserhalten unterstützt. Ich habe noch keinen Fall erlebt, bei dem anschließend eine Inkontinenz bestand.

Frage: Würde sich der Blasenschließmuskel regenerieren?

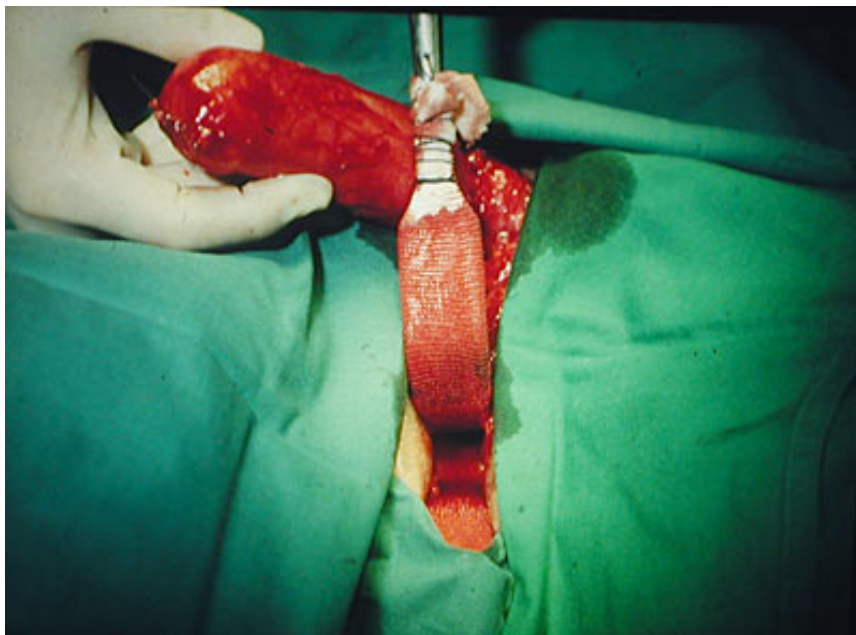
Dr. Krege: Nein, eben nicht. Zum Beispiel besteht auch, wenn man die Prostata wegen Vergrößerung ausschält oder wegen Krebs vollständig entfernt, die Gefahr, daß man den Schließmuskel verletzt. Dann sind die Betroffenen in der Regel inkontinent, und das bessert sich auch nicht. Das sind allerdings alles Operationen, wo der innere Schließmuskel wegfällt. Daß es in unserem Fall nicht passiert, zeugt davon, daß dieser Schließmuskel auch etwas mit dem Wasserhalten zu tun hat.

Das Unangenehmste, das nun passieren kann, ist eine

Verletzung des Enddarms. Der Darm ist zwar sauber und gut vorbereitet, so daß man eine Verletzung nähen kann, möglichst in zwei Schichten, und denken könnte, alles ist gut. Ich habe mich einmal darauf eingelassen. Es ließ sich wirklich schön nähen und sah alles gut aus. Wir haben auch alle Katheter lange belassen. Es ist aber nicht geheilt, sondern es hat sich eine Fistel entwickelt. Dies läßt sich dadurch erklären, daß im Enddarm immer Bakterien sind. Wenn nach wenigen Tagen Stuhlgang an der Naht vorbeifließt, entzündet sich die Naht, und es kommt zur Fistelbildung. Und das ist dann wirklich unangenehm. Wenn man dann wieder operiert, verliert man immer an Scheidentiefe und es kommt zu Narbenbildung. Daher muß im Falle einer Darmverletzung die Naht für acht Wochen geschützt werden durch Anlage eines künstlichen Darmausganges. Davon sind natürlich weder Patient noch Operateur begeistert, aber der Ausgang bietet einen sicheren Schutz, daß die Naht heilen kann. Das Zurückverlegen dieses Darmausgangs ist eine Sache von einer halben Stunde. Es passiert aber ganz selten. Wir haben bisher dreimal einen künstlichen Darmausgang anlegen müssen.

Frage: Wie kann man es sich praktisch vorstellen, wie wird die Tiefe geschaffen?

Dr. Krege: Es gibt einen Bereich unterhalb der Harnröhre, das Centrum tendineum, den man gut tasten kann. Dieses Bindegewebe muß scharf mit der Schere durchtrennt werden. Dann arbeitet man sich langsam stumpf im Gewebe zwischen Blase und Enddarm vor. Ein Haken wird nach unten gehalten, der liegt also sozusagen direkt auf dem Rektum, um es zu schützen; der andere wird dann quasi entlang der Harnröhre geführt und dann dehnt man sich den Raum allmählich auf. Man sollte immer wieder prüfen, daß es keine Verletzungen gegeben hat. Ich mache das Zentimeter für Zentimeter. So sieht man, wenn man in die falsche Schicht gerät und kann noch wieder zurück. Wenn man schon 5 cm gedehnt hat, kann es natürlich schon zu spät sein!



Hier sehen Sie, wie wir die Haken eingeführt haben, mit dem Eingang zur Scheide. Gleichzeitig ist hier jetzt schon die Penisschafthaut umgestülpt, so daß das Unterhautgewebe außen liegt. Der weiche, aufblasbare Platzhalter liegt darin und die Penisschafthaut ist dann hier am Ende verschlossen.

Der Platzhalter, den wir nehmen, ist 13 cm lang. Diese Größe muß passen. Wenn nun jemand mehr Haut hat, ist das nicht weiter schlimm, dann rutscht der Platzhalter tiefer hinein, das ist OK. Wir sprechen gleich noch darüber, was man tun sollte, wenn weniger Haut vorhanden ist. Die 13 cm sollten schon erzielt werden, das ist sozusagen unsere Standardgröße.

Als nächster Schritt - und das läßt sich nicht direkt im Bild festhalten - wird die Penisschafthaut nun eingestülpt. Dann werden die anfangs erwähnten Nähte geknotet und unterhalb des Schamknochens werden die Durchtrittsstellen für Klitoris und Harnröhre markiert.



Hier ist die Penisschafthaut eingestülpt. Klitoris und Harnröhre sind ausgeleitet. Wir erhalten die Glans als Ganzes. Manche verkleinern sie, aber dabei besteht natürlich die Gefahr, daß man Nerven verliert. Eine daumengroße Glans als Klitoris wäre allerdings ein bißchen unnatürlich. Deshalb werden dreiviertel enthäutet und liegen unterhalb dieser Haut und nur ein Areal in der Größe des Kleinen-Finger-Nagels guckt heraus als Klitoris. Die Harnröhre wird durchgezogen und auf ihre endgültige Länge gekürzt. Beide Strukturen werden eingenäht und Sie sehen den einliegenden Platzhalter.

Zum Schluß werden dann noch aus der Haut des Hodensackes die großen Schamlippen gebildet. Damit ist die erste Sitzung beendet. Drainagen werden eingelegt. Zur Harnableitung wird noch ein Katheter von der Bauch-decke aus in die Blase eingelegt. Der Katheter, der in der Harnröhre liegt, hat den Sinn, durch Gegendruck, Blutungen aus dem Restgewebe des Corpus spongiosum zu verhindern. Er verbleibt für 2-3 Tage.

Dann wird ein aufwendiger Verband angelegt, der alle zwei Tage gewechselt wird. Unmittelbar nach der Operation ist es meist schon am nächsten Tag erforderlich, den Verband zu wechseln. Nach dem dritten Verbandwechsel ungefähr kann der große Verband abbleiben. Wir bitten unsere Patientinnen immer, daß sie Miederhosen mitbringen. Diese müssen dann getragen werden, um den Platzhalter am Herausrutschen zu hindern.

Den Patientinnen wir beigebracht, wie der Platzhalter zu gebrauchen ist. Sie müssen dann erst einmal die Scheide selbst fühlen und den Platzhalter bedienen lernen, wie man Luft hineinpumpt und herausläßt, wie er gesäubert und eingeführt wird. Meist reicht zum Üben ein Tag; dann kann man den Bauchkatheter abstöpseln, damit die Patientinnen wieder auf normalem Weg Wasser lassen können. Wenn dies funktioniert, wird der Katheter entfernt. Der stationäre Aufenthalt ist damit beendet. Wenn alles ohne Komplikationen läuft, beträgt der stationäre Aufenthalt ca. 12 Tage.

Nach frühestens 8 Wochen - man kann den Zweiteingriff auch hinausschieben - ist eine zweite kleine Sitzung erforderlich. Nach der ersten Operation sind oft die Schamlippen noch zu groß. Das nehme ich bewußt in Kauf. Zum einen kann man nach der ersten OP, die so um die 6 Stunden dauert, nicht mehr unbedingt sagen, wieviel Haut man wegschneiden kann. Da hat sich dann Wasser eingelagert. Außerdem ist es immer gut, wenn es im Fall einer Wundheilungsstörung noch etwas Haut gibt, die man verschieben und mit der man arbeiten kann. Das sind alles Sachen, die man bei der zweiten Sitzung korrigieren kann: Schamlippen können korrigiert werden. Dann ist es meist so, daß der hintere Scheidensteg, der auf dem letzten Foto schon ausgesprochen tief liegt, manchmal den Scheideneingang noch halb verdeckt, so daß man einen kleinen Bogen machen muß, wenn man in die Scheide hineingeht. Das entspricht natürlich nicht der natürlichen Situation. Deshalb wird dieser Steg bei der zweiten Sitzung noch eingeschnitten. Ein normaler Mons Pubis ist auch noch nicht entstanden. Viele Operateure machen ja die bekannte Z-Plastik, damit der Mons runder wird. Frau Spehr hat mir immer gesagt, daß man das bei der ersten Sitzung nicht machen soll, weil von hier natürlich die Blutversorgung für die Penisschafthaut kommt. Wenn wir hier in dieser Sitzung schneiden und diese Gefäße kompromittieren, dann ist die Gefahr, daß die Penisschafthaut schlecht durchblutet wird und abstirbt, relativ groß. Deshalb machen wir diesen Schritt in der zweiten Sitzung, und wir machen auch kein Z, sondern es entsteht nur eine kleine, senkrechte Narbe.



Hier erst noch ein Bild vor der zweiten Sitzung, man sieht die Klitoris, Harnröhre und die Scheide,



Hier ist nun das Areal Haut eingezeichnet, das wir wegnehmen. Die seitlichen Fettpolster unter den großen Schamlippen werden mobilisiert und mit 2-3 Fäden in die Mittellinie zusammengezogen, damit hier eine Rundung entsteht. Dann werden die Hautränder wieder angenäht. Die Narbe wird später von Schamhaar bedeckt.

Was dabei in der Regel auch zustande kommt, sind kleine Schamlippen. Manchmal muß man auch ein bißchen modifizieren, aber Sie sehen hier schon angedeutet, daß sich da Hautfalten hochziehen. Die werden noch zusammengezogen für einen Klitoris-Hut und kleine Schamlippen.

Manchmal muß man noch ein wenig an den kleinen Schamlippen nacharbeiten.



Hier das Ergebnis nach der zweiten Sitzung. Es befinden sich noch kleine Pflästerchen auf dem Schnitt der Mons pubis Plastik.



Das wäre der Zustand dieser Patientin nach wieder vorhandener Schambehaarung.

Zum Abschluß noch zu der Frage, was ist, wenn jemand wenig Penisschafthaut hat. Wir bieten dann an, daß man in der ersten Sitzung die Scheide durch ein freies Hauttransplantat verlängert. Das kann man von verschiedenen Stellen nehmen. Meistens vom Bauch; das hat natürlich die Konsequenz, daß man hier eine Narbe bekommt. Man kann es auch von den Oberarm-Innenseiten nehmen, möglicherweise auch von den Oberschenkel-Innenseiten. Letzteres haben wir noch nicht gemacht. Die Behaarung spielt keine Rolle, da wir die Haut so dünn präparieren, daß die Haarwurzeln wegfallen. Dann wird die Haut noch durch eine Maschine gedreht, so daß sie wie ein Netzstrumpf erscheint. Die Netzstruktur fördert das Einsprießen der Blutgefäße besser.

Sie haben eben das Bild gesehen, auf dem der Platzhalter in die Penisschafthaut eingestülpt war. Wenn die Penisschafthaut nun zu kurz ist, verschließt man sie natürlich nicht an ihrem Ende; man steckt den Platzhalter ein, der dann oben noch ein Stück herausguckt, weil die Haut zu kurz ist. Darüber legt man dann das freie Transplantat und vernäht es mit der Penisschafthaut.

In 70-80% zeigen die freien Transplantate anschließend eine gute Durchblutung. Man muß natürlich darauf hinweisen, daß es auch einmal nicht funktioniert. Wenn die Blutgefäße einmal nicht ausreichend einsprießen, führt dies zum Absterben des freien Transplantates.

Wird eine freies Transplantat gebraucht, dauert der stationäre Aufenthalt ein bißchen länger, denn man muß länger Bettruhe einhalten, damit alles gut heilen kann. Es dauert auch ein bißchen länger, bis man den Platzhalter selbst gebrauchen darf, aber das ist nicht das Problem.

Eher ein Problem, das ich immer wieder sehe, und unabhängig davon, ob man ein freies Transplantat nimmt oder Darm aufsetzt, ist, daß sich an der Stelle zwischen der eigenen Haut und dem Gewebe, welches angesetzt wurde, ein narbiger Ring bildet, und man dort eine narbige Enge in der Scheide entwickelt. Diese Enge läßt sich in der Regel durch Schlitzung lösen. Von den Patientinnen ist natürlich dann ein besonders intensives Bougieren gefordert.

Alternativ kann man eine zu kurze Schafthaut und damit Scheide natürlich auch mit einem Stück Darm verlängern. Dies würde ich aber für einen primären Eingriff nicht empfehlen, denn dies würde einen zusätzlichen Bauchschnitt beinhalten, was viel aufwendiger ist. Die Darmscheide wäre eine zweite Möglichkeit, wenn der Aufbau mit einen freien Transplantat mißlungen sein sollte.

### **Frage: Wie lange muß man bougieren?**

**Dr. Krege:** Als Platzhalter nehmen wir zunächst einen weichen, da mit einem harten Drucknekrosen entstehen könnten, sprich das Gewebe könnte kaputt gehen. Letztendlich ist aber auf Dauer der weiche Platzhalter nicht geeignet. Dann sollte man einen starren Platzhalter oder Vibrator nehmen. Das erste halbe Jahr ist das wichtigste, da sollte man sehr intensiv dehnen. Ich rate immer dazu, den weichen Platzhalter in den ersten 3-4 Monate noch möglichst viel zu tragen, auch nachts. Wenn nun das Problem besteht, daß der Platzhalter herauszurutschen droht, dann sollte man sich am besten morgens früh eine halbe Stunde und eine Stunde abends Zeit

nehmen, um gezielt zu dehnen.

Man kann entweder mit den Fingern dehnen - wobei es wichtig ist, daß man eine breite Auflage hat, also nicht punktförmig mit einer Fingerkuppe dehnt, da kann man auch etwas kaputt machen -, oder den Platzhalter einführen und Luft hineinpumpen. Dann würde er natürlich sofort hinausrutschen, wenn man ihn nicht festhalten würde, klar. Aber abends beim Fernsehen kann man ihn z.B. eine halbe Stunde festhalten. Man merkt im Verlauf auch selbst, wie lange man den Platzhalter tragen muß oder wie häufig man dehnen muß.

Dann ist noch folgendes: Wenn Sie die Scheide mit den Fingern befühlen, werden Sie nach oben das Schambein spüren und zur Seite hin die Beckenknochen. Da ist eine gewisse natürliche Grenze. Das ursprünglich männliche Becken ist natürlich ganz anders gebaut als das weibliche, und bei denen, die hier sehr eng gebaut sind, kann es sein, daß die Breite der Scheide durch diese Knochen begrenzt ist. Das habe ich - allerdings nur selten - als Problem erlebt. Daran kann man operativ nichts machen.

Außerdem kann es sein, daß die Beckenbodenmuskulatur vor dem Einführen erst entspannt werden muß, weil sie den Scheideneingang etwas verschließt. Das ist aber bei einer biologischen Frau auch so.

#### **Frage: Ist Epilation im Genitalbereich nötig?**

**Dr. Krege:** Ich habe noch keine Patientin erlebt, die Haare in der Scheide hatte. Diese enden am Introitus. Viele fragen, ob es nötig ist, eine Epilation vor der OP durchführen zu lassen - ich sage immer nein. Am Penis selbst sind keine Haare. Manche Operateure arbeiten mit einem Scrotallappen, der natürlich Haare hat. Aber das machen wir nicht.

**Zum Brustaufbau:** Dieser kann bei der zweiten OP durch unsere Gynäkologen vorgenommen werden. Eine Beratung kann während des ersten Aufenthaltes erfolgen.

**Frage:** Schrumpft das vorhandene Material nicht zu sehr, wenn man lange auf die OP warten muß?

**Dr. Krege:** Warten auf die OP ist kein technisches Problem, denn der Penis schrumpft nicht so sehr, als daß es sich merkbar auf die OP auswirken würde.

**Frage** (einer bei Frau Dr. Krege operierten Betroffenen): Es ist ja wohl bei vielen Betroffenen so, daß die Erwartungen an das Ergebnis sehr viel höher sind oder hoch geschraubt werden, als was dann im Nachhinein dabei herkommt. Vielleicht wird da zu wenig Aufklärung geboten, und die Patienten machen es sich vielleicht zu wenig selbst bewußt, daß es immer ein Ersatz ist, eine Angleichung, die sicherlich nie an das Original herankommt. Aus meiner Erfahrung würde ich nie sagen, daß mein Ergebnis so wäre, daß ich sagen könnte, das ist original. Es ist immer so, daß ich sicherlich gewisse Einschränkungen habe, mit denen ich zwar klarkomme, aber die einfach da sind und die sich von der natürlichen Situation unterscheiden. Ich denke, jede Betroffene sollte sich bewußt sein, daß das so ist.

**Dr. Krege:** Ja, das finde ich ganz wichtig, daß Sie das sagen. Ich spreche das immer gerne in Bezug auf die Scheidentiefe an. Wenn wir mit einem freien Transplantat arbeiten, kann ich natürlich auch nicht unendlich viel Haut wegnehmen. Ich muß



die Bauchdecke ja auch wieder zusammennähen. Dann sage ich immer, zaubern kann ich nun auch nicht, also, irgendwo sind Grenzen gesetzt.

**Frage:** Inwieweit haben Sie Forschungen zum sexuellen Empfinden betrieben?

**Dr. Krege:** Wir haben einen Artikel im British Journal of Urology publiziert. Darin haben wir die Auswertung der ersten 66 Patientinnen beschrieben. 31 mit einer ausreichend lange Nachbeobachtung von mehr als 6 Monaten sind befragt worden hinsichtlich Zufriedenheit mit dem Aspekt des Genitale und der Sexualität. 94% waren mit dem äußeren Aspekt des Genitale zufrieden, 76% fanden die Scheidentiefe ausreichend, 84% hatten einen klitoralen Orgasmus.

Was den klitoralen Orgasmus angeht, so fand ich die Rate sehr erfreulich. Da muß man natürlich sagen, es ist nicht immer so, daß, wenn kein Orgasmus stattfindet, man es nicht immer auf ein mißlungenes OP-Ergebnis zurückführen kann. Die Sensibilität der Klitoris ist dann oftmals schon da, aber Orgasmus ist ja nicht nur etwas anatomisch-funktionelles, sondern hat auch mit der Psyche zu tun. Diesen Faktor darf man natürlich nicht ganz vergessen. Sie wissen, wie häufig es Orgasmusstörungen bei Frauen gibt.

**Frage: Gibt es Phantomgefühle?**

**Dr. Krege:** Bei meinen eigenen Patienten habe ich es bisher nur einmal gehört. Ich denke schon, daß es das nach Penektomie (Entfernung des Penis) gibt. Und wenn, Phantomschmerz, wo immer er auftritt, ist recht schwierig zu therapieren.

**Frage: Altersverteilung der Operierten?**

**Dr. Krege:** Als wir angefangen haben, waren die Patientinnen häufig zwischen 40 und 50. Jetzt werden sie zunehmend jünger, sind häufig Mitte 20 bis Mitte 30, maximal Mitte 40. Ich habe das Gefühl, daß, als wir anfangen, noch ein Großteil der Patientinnen jahrelang herumgeirrt war, weil nichts geregelt war und sie natürlich auch viel Negatives erlebt haben. Wenn sich Patienten heute zu diesem Weg entschließen, ist relativ klar vorgegeben, was zu tun ist, so daß man es schon in eineinhalb Jahren schaffen kann, bis zur Operation zu kommen. Das zeichnet sich natürlich auch dadurch aus, daß die Leute jünger werden, was ja auch sehr schön ist.

**Frage: Gibt es ein Mindestalter für die OP?**

**Dr. Krege:** Volljährigkeit sollte vorliegen, ist auch, glaube ich, gesetzlich vorgechrieben. Unsere älteste Patientin war 59, das ist immer so eine Frage. Wenn die Voraussetzungen da sind, sehe ich nicht unbedingt einen Hinderungsgrund.

Wir danken Frau Dr. Krege für den interessanten Vortrag und die Erlaubnis, diese Mitschrift zu veröffentlichen.

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

Neue Adresse von Frau Dr. Krege ab 1.6.2007:

Frau Dr. Susanne Krege  
Krankenhaus Maria Hilf  
Oberdießemer Str. 94  
47805 Krefeld

Telefon 02151-334-2381

[Weitere Fotos von Ergebnissen der Arbeit von Frau Dr. Krege](#)

(c) Airin · transsexuell.de