

Neues Körpergefühl nach Maß

Transsexualismus bzw. Geschlechtsdysphorie kann mit unterschiedlichen Wünschen hinsichtlich operativer körperlicher Veränderungen assoziiert sein. Dazu gehört beispielsweise eine Reduzierung der Schulterbreite mittels Klavikula-Verkürzungsosteotomie, die kürzlich erstmals erfolgreich in Österreich durchgeführt wurde. Wir haben mit OA Dr. Veith L. Moser vom Traumazentrum Wien der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt über Transsexualismus und diesen speziellen Eingriff gesprochen.

Herr Dr. Moser, Sie betreuen und operieren seit vielen Jahren Patienten mit Geschlechtsdysphorie bzw. gestörter Geschlechtsidentität, führen aber keine großen geschlechtsangleichenden Operationen mehr durch. Warum?

V. Moser: Große Eingriffe am Genital sollten meiner Meinung nach nicht in Privatspitälern durchgeführt werden, da sie mit erheblichen Risiken verbunden sind. In meiner Zeit am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) in Wien und am Universitätsspital Zürich habe ich eine große Anzahl geschlechtsangleichender Operationen durchgeführt, jetzt konzentriere ich mich auf sämtliche Eingriffe, die im privaten Bereich ohne Gefährdung der Patienten erfolgen können.

Eine Störung der Geschlechtsidentität erfordert ein hohes Maß an Sensibilität sowie die Einschätzung, ob die Betroffenen psychisch stabil und für einen Ein-

griff geeignet sind. Wie erfolgt die Entscheidung, einem Patientenwunsch nachzukommen?

V. Moser: Unser Fach setzt auf jeder Ebene voraus, dass wir grenzwertige Persönlichkeiten oder Menschen, die psychologische Hilfe benötigen, im Vorgespräch erkennen können. Besteht auch nur der geringste Zweifel an der psychischen Gesundheit eines Patienten, verweise ich diesen an entsprechende Experten. Patienten mit Geschlechtsdysphorie sind oftmals seit Jahren psychiatrisch und psychotherapeutisch überwacht, da das eine Voraussetzung für die Durchführung einer Geschlechtsangleichung ist. All diese Faktoren werden im Erstgespräch erhoben und besprochen. Des Weiteren ist für mich die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ein wichtiger Faktor (nicht bei kosmetischen Eingriffen), wofür die Zustimmung der Chefarzte der Krankenkassen Voraussetzung



© Walter Holmann

Unser Gesprächspartner:
OA Dr. **Veith L. Moser**
Moser Milani Medical Spa und
AUVVA Traumazentrum Wien am Standort
Lorenz Böhler
E-Mail: vm@medspa.cc

ist. Dadurch haben wir eine zusätzliche „Kontrollstufe“.

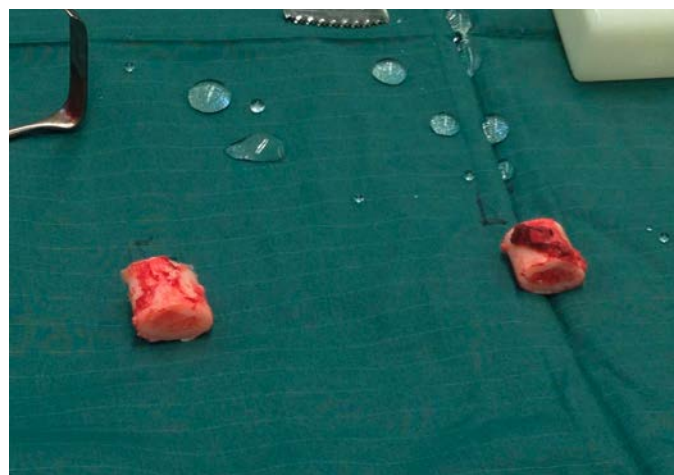
Sie haben Ende letzten Jahres eine junge Patientin operiert, deren biologisches Geschlecht bei der Geburt männlich war. Bei dem Eingriff ging es allerdings nicht um eine klassische geschlechtsangleichende Indikation.

V. Moser: Richtig. Die junge Frau kam nicht zu mir, um sich Brustimplantate setzen oder sich hinsichtlich einer Geschlechtsangleichung beraten zu lassen, sondern sie wandte sich vor circa einem Jahr zunächst schriftlich an unsere Ordination, da sie auf der Suche nach einem Arzt war, der eine Verschmälerung ihrer Schulterbreite durchführen konnte. Es handelte sich um eine rein ästhetische Indikation, die aufgrund eines enormen Leidensdrucks gegeben war.



© Dr. V. Moser, Mag. S. Streit

Abb. 1: 21-jährige Patientin, präoperativ angezeichnet, Zustand vor Klavikula-Verkürzungsosteotomie



© Dr. V. Moser, Mag. S. Streit

Abb. 2: Je 17 mm Knochenanteile aus der Klavikula, die rechts und links im Rahmen des Eingriffs entfernt wurden



Abb. 3: Darstellung der durchtrennten Klavikula links vor der Resektion

Für Sie stand also außer Frage, dem Wunsch der jungen Dame nachzukommen?

V. Moser: Nach erfolgter ausführlicher Anamnese und Durchsicht ihrer Unterlagen, die sie mir im Vorfeld zukommen ließ, wurde der Operationstermin für Anfang Oktober festgelegt. Sie war mir also am OP-Tag seit acht Monaten bekannt, hatte eine Psychologin und eine Psychiaterin konsultiert, war psychisch stabil und konnte mir glaubhaft versichern, dass dieser Eingriff ihren enormen Leidensdruck aufgrund ihrer Schulterbreite reduzieren würde. Des Weiteren hatte sie sich vor unserem ersten Gespräch ausgiebig mit der Thematik beschäftigt. Ich habe die Patientin außerdem mehrfach in Begleitung von Angehörigen gesehen und konnte mir von ihrem Leidensdruck ein Bild machen.

Das heißt, sie war vorbereitet?

V. Moser: Ja. Sie hatte eine genaue Vorstellung davon, wie der Eingriff erfolgen sollte bzw. welche Methode sie bevorzugte. Sie wünschte sich eine Klavikula-Verkürzung nach Leif Rogers, einem Kollegen, der in den USA regelmäßig derartige Operationen durchführt. Trotz ihres jungen Alters wusste die Patientin sehr genau, was sie wollte, und war sich der Folgen durchaus bewusst, die postoperativ mit einer beidseitigen Verkürzungsosteotomie einhergehen.

Hatte sie bereits geschlechtsangleichende Eingriffe durchführen lassen, bevor sie Sie konsultierte?

V. Moser: Nein. Sie hatte lediglich den diagnostischen Teil des vom Sozialministerium empfohlenen Behandlungsschemas bei Geschlechtsdysphorie absolviert und befand sich im therapeutischen Prozess, der z. B. die Hormonbehandlung beinhaltet.

Bitte schildern Sie kurz den Ablauf der Operation.

V. Moser: Der Eingriff fand in Rückenlage und Intubationsnarkose statt. Zuvor wurden die Landmarks im Stehen eingezeichnet (Abb. 1). Es erfolgte eine 4,5 cm lange Inzision im Bereich der Hautspaltlinien am Übergang des distalen Klavikula-Drittels inklusive Durchtrennung der Haut und der Subkutis, Eingehen auf das Platysma sowie Abpräparieren desselben. Nach der Präparation durch das Platysma auf die Klavikula erfolgte deren subperiostale Darstellung zirkulär auf einer Strecke von 3 cm. Die Klavikula konnte problemlos umfahren werden, es folgte das Einzeichnen der Knochenresektion, die auf 15 mm fixiert wurde. Die Resektion von 17 mm (Abb. 2) resultierte aus der zu beiden Seiten durchgeführten Sägeosteotomie (Abb. 3). Anschließend kam es zur Osteosynthese mit einer 7-Loch-Klavikula-Platte (Arthrex®, 3,5-mm-Schrauben), nachdem die Repositionierung der Klavikula durch Druck von lateral erfolgt war. Danach erfolgten exzentrisches Bohren im Bereich der Gleitlöcher, Längenmessung sowie Einbringung der beiden Schrauben, wodurch die Osteotomie komprimiert wurde. Im Anschluss besetzten wir je zwei Schrauben winkelstabil im medialen und latera-



Abb. 4: Kontrollröntgen im Operationssaal mittels Bildwandler, Darstellung der linken verplatteten und verschraubten Osteotomie

len Fragment und repositionierten anatomisch. Insgesamt wurden sechs Corticalices beidseits der Osteotomie gefasst. Nach Beendigung der Osteosynthese wurde eine Bildwandlerkontrolle durchgeführt (Abb. 4), die eine ideale Reposition der Osteotomie beidseits sowie eine ausgezeichnete Lage der Platte und der Schrauben zeigte. Abschließend erfolgten Wundverschluss und Anlegen eines Wundverbands.

Wie lang dauerte der Eingriff?

V. Moser: Etwa eine Stunde. Er verlief völlig komplikationslos.

Welche postoperativen Anweisungen musste die Patientin befolgen?

V. Moser: Keine Abduktion bzw. Elevation über 90 Grad in der Schulter für mindestens vier Wochen, was natürlich bedeutete, dass sie im Alltag ständig auf Hilfe angewiesen war.

Wie geht es der Patientin heute?

V. Moser: Sie ist glücklich und hatte keinerlei Komplikationen. Derzeit sollte sie die Arme noch nicht vollständig heben und sich schonen. Die Platten werden nach circa zwei Jahren entfernt. Aus ärztlicher Sicht war und ist sie eine perfekte Patientin, da sie sich postoperativ an sämtliche Anweisungen gehalten hat. Nach eigener Aussage wurden ihre Erwartungen vollständig erfüllt. ■

Das Interview führte
Mag. Sonja Streit

■18