

Augmentative Phalloplastik – Segen oder Fluch ?

Eine kritische Betrachtung vor soziokulturellem und plastisch-chirurgischem Hintergrund

von Paul C. Larson, MD

Einleitung

Die Augmentative Phalloplastik, also die plastisch-chirurgische Vergrößerung des Penis in Länge und Umfang ist eine seit über 20 Jahren in den USA und Europa durchgeführte Technik. In diesem Artikel geht es um die Frage, ob es statthaft ist, dass der Wunsch des Patienten nach einer Vergrößerung seines Penis zur chirurgischen Intervention führt und wenn ja, wie die Ergebnisse dieser Intervention zu beurteilen sind.

Ich stelle bewußt kein Abstract voraus, weil dieses Thema sich mit dem primären Geschlechtsorgan des Mannes beschäftigt und dadurch einer ausführlichen, kritischen Betrachtung bedarf. Bisherige mir bekannte Abhandlungen blieben superfiziell und im Ergebnis überschwänglich negativ oder positiv – eine solchermaßen oberflächliche Betrachtungsweise wird dem Thema fachlich nicht gerecht.

Soziokultureller Hintergrund

Da die Widerlegung einer These bisweilen weit mehr wissenschaftlichen Aufwandes Bedarf als die bloße Erstellung, arbeite ich mit einer Negativ-These um das Thema vollumfänglich zu beleuchten.

These: Der Wunsch des Patienten nach einer Penisvergrößerung ist nicht gerechtfertigt und ist lediglich das Resultat einer Verschiebung der persönlichen Wahrnehmung.

Diese in der täglichen Praxis oft zu findende These teilt dem Patienten zwei Dinge mit, erstens, sein Penis sei normal groß, damit sein Wunsch nach einer Vergrößerung nicht objektivierbar und zweitens, behelfsweise, dass es so etwas wie einen (zu) kleinen Penis nicht gäbe. Die o.g. These steht mit ihrer zweiten Aussage klar im Widerspruch zu anderen anerkannten und objektivierbaren Themenkomplexen des Fachgebiets Urologie und ist deshalb nicht schlüssig.

Bei der Erforschung und Behandlung der erektilen Dysfunktion ist es anerkannte und lebensnahe Vorgehensweise, die Zufriedenheit der Partnerin des Patienten mit der Erektionsfestigkeit in die Betrachtung und die Auswahl der notwendigen Therapie mit einzubeziehen, mittlerweile werden von diversen Autoren auch feste Durchflussraten der penilen Arterien mit dieser Zufriedenheit in Verbindung gestellt.

Eine solche Vorgehensweise ist legitim, angebracht und deshalb wissenschaftlich akzeptiert, da der Penis als Kopulationsorgan nicht nur dem Transport des männlichen Samens dient, sondern auch und insbesondere durch seine Festigkeit die sexuelle Lust der Partnerin erst entstehen läßt.

Aus der Lebenswirklichkeit der menschlichen Bevölkerung heraus ist letzterer Punkt sogar der entscheidende Faktor bei der Beurteilung der Funktion des Penis.

Der Widerspruch der zweiten Aussage der o.g. These zu dieser klaren Feststellung ergibt sich aus der Tatsache, dass zwar der unbedingte Umstand einer ausreichenden Erektionssteifigkeit für die Erregung der Partnerin als essentiell angesehen, aber der Umstand, ob diese Festigkeit überhaupt die Stelle der Erregung erreichen kann, völlig ausgeblendet wird.

Da sowohl die anatomische Ausprägung des Penis als auch die der Vagina nach allem was wir wissen annähernd Gaußverteilt ist, gibt es objektiv zu kleine Penisse, die trotz ausreichender Erektionsfestigkeit nicht in der Lage sind, die sexuelle Lustempfindung der Partnerin maximal herbeizuführen.

Das nicht selten gehörte Argument, nur der Scheideneingang sei mit erregenden Nervenenden versorgt und der Rest des Muskelschlauchs quasi überflüssiges Beiwerk, springt hier klar zu kurz und spiegelt nicht die realen neuroanatomischen Gegebenheiten wieder.

Die Frage ist, ob diese objektive Feststellung nicht für die Analyse der Gesamtheit der potentiellen Fälle immer noch viel zu kurz springt.

Läßt sich die Funktion des Penis in seiner Eigenschaft als Geschlechtsorgan tatsächlich nur auf die mechanische Stimulation der Vaginarezeptoren reduzieren ? Ich bin der Meinung nein.

Wäre es so, würde man damit einen Großteil der vollends akzeptierten verhaltensbiologischen Lehren von Konrad Lorenz, die Erfahrungen jedes Einzelnen während seiner persönlichen Entwicklung hin zum adulten Individuum und die Errungenschaften der Emanzipation anzweifeln sowie der Menschheit quasi absprechen, ein soziales Wesen zu sein.

Im Einzelnen:

Konrad Lorenz beschreibt, wie bekannt, Aktionen im niederen Bereich, also im Bereich der Instinkte, die zweifelsohne gerade bei der Fortpflanzung eine Rolle spielen, als Reaktionen auf Schlüsselreize. So wie unbestrittener Maßen weibliche Rundungen, Formen und ohne Frage das Geschlechtsteil einen Schlüsselreiz für die sexuelle Erregung und das sexuelle Verlangen von Männer darstellen, dient der männliche Penis ebenfalls als Schlüsselreiz für die Frau. Konrad Lorenz konnte bei seinen Versuchen zeigen, dass die Stärke der Reaktion mit der Stärke des Schlüsselreizes korreliert, mit erstaunlicher Weise nach oben offener Skala. Zum Beispiel zieht ein brütendes Vogelweibchen selbst dann noch größere Eier den eigenen vor, wenn sie größer sind als das Vogelweibchen selbst.

Es wäre verhaltensbiologisch absurd die These aufzustellen, die Größe des Penis sei für die Wirkung dieses Schlüsselreizes Penis ohne Belang. Zumal beim Penis noch hinzu kommt, dass dieser ohnehin, ganz natürlich, größer wird, wenn der Mann sexuell erregt ist. D.h. ein größerer Penis stellt in doppelter biologischer Hinsicht ein unabdingbaren Schlüsselreiz dar.

Die Tatsache, diesen Schlüsselreiz zu negieren, würde die Frau als asexuelles Wesen deklarieren und passt nicht mehr in die heutige Zeit.

Die persönliche Erfahrung jedes einzelnen Mannes bei Rückblick auf die Bezugsgruppe während des Erwachsenwerdens zeigt ganz deutlich, dass gerade in dieser Phase, die Tatsache einen kleinen Penis zu haben, einem gruppendynamischen Desaster gleich kommen kann, welches, das insbesondere im Erwachsenenalter, nicht nur beim gleichen Geschlecht zu diverslichen Reaktionen, sondern auch zu gleichartigen Reaktionen des anderen Geschlechts führt. Wer hätte und würde mit dem Betroffenen tauschen wollen ?

Die tägliche Praxis zeigt denn auch die überragende Bedeutung dieser sozialen und sexuellen Interaktionen als Hauptpunkt des Leidensdrucks bei den Betroffenen. Die reine reduzierte mechanische Beeinflussung tritt hierbei deutlich in den Hintergrund. Es ist deshalb nahezu grotesk, dass die Medizin die eher unbedeutende mechanische Komponente mittlerweile als Faktum „Mikropenis“ anerkennt, die viel relevantere psychosoziale und kulturelle Komponente aber völlig außer Acht zu lassen scheint.

Es liest sich an einigen Stellen, die Penisgröße sei für Frauen ohne jede Bedeutung. Bei genauerer Betrachtung erschließt sich dem geneigten Leser der Fehler in der Analyse: die Fragestellung lautete allzu oft, ob die Frau mit der Penisgröße des Mannes zufrieden sei. Aus der überwältigenden Anzahl der Ja-Antworten schlossen dann die Autoren aufgrund der großen Referenzgruppe, dass dies bedeuten würde, dass Frauen nahezu jede Penisgröße als zufriedenstellend empfinden würden.

Dieser Schluß ist nicht erlaubt. Das Studiendesign ist mangelhaft. Es wurde vorab nicht erfragt, wie viele unterschiedliche Partnererfahrungen die einzelne Frau gehabt hat. Dies wäre aber von großem Interesse gewesen, denn bei durchschnittlich drei Kontakten ist es für die Mehrzahl der befragten Frauen aufgrund der Gauß-Verteilung schwerlich möglich gewesen, einem objektiv kleinen Penis begegnet zu sein. Zudem ist bei der Analyse solcher Fragebögen zu beachten, dass die Art der Vorgehensweise und Auswertung vom männlichen Wissenschaftsverständnis geprägt ist. Das weibliche „Nein“ auf die Frage, ob die Penisgröße des Partners wichtig wäre, entpuppt sich bei genauerer Analyse als die Antwort: „So lange er nicht zu klein ist“. Die diplomatischere Weise von Frauen auf solch tief intime Fragestellungen zu antworten, floss bislang in keine mir bekannte Erhebung mit ein.

Es zeigt sich also, dass bereits in der Analyse des Bedarfs wissenschaftlich nicht gründlich genug gearbeitet wird.

Die tägliche Praxis offenbart eine teils massive jahrelange Beeinträchtigung in allen Facetten des täglichen Lebens durch die psychische Belastung einen kleinen Penis zu haben und somit subjektiv weder ein vollständiger Mann noch ein akzeptabler Liebhaber zu sein.

Unsere Aufgabe als Ärzte ist es nicht, die um Rat suchenden, im Innersten tief verunsicherten Patienten im Regen stehen zu lassen, sondern diesen sachgerecht zu helfen.

Das ist nicht gleichbedeutend mit der Feststellung, jeden Patienten operieren zu müssen. Ganz im Gegenteil. Es ist zunächst nur ein Aufruf, die Tatsache, dass es objektiv kleine Penisse tatsächlich gibt und die Probleme die daraus resultieren können zu realisieren und zu begreifen.

Von diesem Erkenntnisstand aus gibt es dann verschiedene Therapieoptionen für die Patienten. Es ist zunächst einmal essentiell, ein Bezugssystem zur Beurteilung der vorgetragenen Probleme zu schaffen, also festzustellen, wie groß ein durchschnittlicher Penis ist, um so die Begehren des Patienten einordnen und in sinnhafte Bahnen lenken zu können. Es wird in der täglichen Praxis nicht selten geschehen, dass Patienten mit objektiv normal großem Penis auftreten und den Wunsch nach einer Penisvergrößerung äußern. Dieser Wunsch ist, außer in Sonderfällen in denen ausgerechnet das Geschlechtsorgan der Partnerin am oberen Ende der Gaußverteilung liegt, also ein mechanisches Problem trotz normal großem Penis vorliegt, abwegig und dem Patienten muss behutsam aber bestimmt und nachhaltig vermittelt werden, dass er sich sein vermeidliches Problem nur

einredet und es mit Nichts objektiv zu begründen ist. Die Therapie muss hier dann konsequent und unnachgiebig abgelehnt werden.

Wie kann man die durchschnittliche Penisgröße festlegen ? Als Objektivitätssteigerndes Maß sollte zunächst einmal festgelegt werden, dass als Penisgröße in diesem Bezug die Größe in Erektion gemeint ist, da nur diese objektiv zu messen ist, notfalls nach vorheriger medikamentöser Intervention. In der Literatur und noch mehr im Internet kursieren diversliche Erhebungen zur durchschnittlichen Penisgröße im Westeuropäischen Raum; keine der dem Autor bekannten hält in irgendeiner Form der wissenschaftlichen Überprüfung stand.

Als Richtwert für die Festlegung möchte ich die Europäische Kondomnorm vorschlagen, weil diese das einzige offizielle Dokument zur Bestimmung in einem größeren Kollektiv darstellt.

Die vom Autor betrachtete Gruppe hält es jedenfalls so, sprich geht davon aus, dass der durchschnittliche erigierte Penis in der europäischen Union 16 cm an Länge misst.

Von diesem Wert ausgehend muss jeder Behandler für sich selbst festlegen, ab welcher Länge er einen Penis als klein definieren würde.

Die betrachtete Gruppe hat für sich festgelegt, dass alle Patienten, die unterhalb dieser Marke liegen, zumindest Gehör finden sollten.

Hierbei ist wichtig festzustellen, dass es wissenschaftlich nicht korrekt wäre, singular bei der Beurteilung der Penislänge besondere Maßstäbe einzufordern, die in der restlichen täglichen Praxis nicht gelten. Ehrlicher Weise betrachtet besteht das Tagwerk jedes niedergelassenen Facharztes, egal welcher Fachrichtung, zum überwiegenden Teil aus Nicht-Notfall Patienten, also solche mit Erkrankungen und Leiden, die faktisch als Wahlbehandlung therapiert werden und die in der Wahrnehmung der Gesamtbevölkerung äußerst unterschiedlich abgehandelt werden. Der eine geht zum Beispiel bei üblichen Erkältungskrankheiten zeit Lebens nicht zum Arzt, der andere wird pro Erkältung mehrmals bei seinem Arzt vorstellig – und trotzdem behandelt.

Es ist nur legitim, auch einem Penis-vergrößerungspatienten nach seinem Leidensdruck und nicht nur nach einem restriktiven Schema zu begegnen, sofern sein Anliegen objektiv zumindest im Ansatz nachzuvollziehen ist.

Plastisch-chirurgische Intervention

Ausgehend von der Behandlungswürdigkeit, respektive – bedürftigkeit stellt sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen.

Der Penis ist nach Abschluß der Pubertät ausgewachsen und spricht im Wachstum bekannter Maßen nicht mehr auf hormonelle Intervention an, weder bei oraler noch nach

lokaler Gabe. Angemerkt sei, dass die vom Autor betrachtete Gruppe es strikt ablehnt, Patienten vor Abschluß der Pubertät zu behandeln.

Obwohl in Bezug auf den Penis nicht zu einer Therapie führend, sollte bei einigen Patienten der hormonelle Status auf allen Ebenen bestimmt werden, insbesondere dann, wenn auch die Hoden des Patienten als unter der Norm liegend bezeichnet werden müssen. Dies ist nicht selten der Fall und kann als singuläres Problem weiter bestehen bleiben, sollte insofern parallel angegangen werden.

Leider stehen der Medizin bislang keine konservativen Verfahren zur Penisvergrößerung zur Verfügung. Es werden hierzu zwar diversliche Cremes, Pillen und Gerätschaften im Internet angeboten. Die Recherche ergab jedoch, dass es mehr Ergebnisse über Gerichtliche Verfügungen wegen rechtlicher Verstöße gegen die Anbieter solcher Methoden gibt als denn fundierte, der wissenschaftlichen Überprüfung stand haltende positive Studien, was gegen die Seriösität der Angebote spricht als auch die eigenen Ergebnisse der betrachteten Gruppe bestätigt.

Einzig verbleibt die operative Plastisch-Chirurgische augmentative Phalloplastik zur Penisvergrößerung, die im Folgenden genauer beleuchtet werden soll.

Die vom Autor betrachtete Gruppe hat in den letzten 15 Jahren mehr als 6.000 operative Penisvergrößerungen vorgenommen und verfügt somit über einen exorbitanten Erfahrungsschatz bei dieser Methode.

Der heutige Eingriff dauert ca. 60 Minuten und wird unter lokaler Betäubung mit Dämmerschlaf durchgeführt. Der Penis wird in einem einzeitigen Eingriff verlängert und im Umfang vergrößert. Der Hautschnitt als einziger Zugangsweg der vom beobachteten Team entwickelten mikroinvasiven Technik ist ca. 2 cm lang und vertikal. Es werden, in hier nicht detailliert dargestellter Technik, die vorderen und subpubischen Haltebänder der Corpora cavernosa umstrukturiert und unter Verwendung zweier interner lokaler Schwenklappen in eine neue Position überführt. Durch diese Technik ist es möglich, die betroffenen Anteile in ihrem Verlauf zu begradigen, also mathematisch die Schräge im inneren Verlauf sowie den vorderen Bogen zu begradigen und damit einen Überhang zu schaffen, der die Verlängerung des äußeren Anteils, also des Anteils, den der Patient als seinen Penis definiert, bewirkt. Es kann durch diese Technik also ohne in das Organ selbst hineinzuschneiden, auf risikoarme Weise der für den Patienten wichtige Anteil durch quasi Verlagerung eines inneren Anteils nach außen verlängert werden.

Es wird dieser Technik und ihres Effektes nicht gerecht, sie als „nicht wirkliche“ Penisverlängerung zu bezeichnen. Der Vorteil dieser Technik liegt klar in der Risikoarmut und im Stabilitätserhalt. Der zusätzlich frei gelegte Anteil ist dabei in seiner Funktion nicht gehemmt, entfaltet sich also genau wie der Rest während einer Erektion, sprich die Verlängerung liegt in beiden Zuständen vor.

Wenig hilfreich und der Sache unsinnig ist auch die Behauptung, die Verlängerung sei nur „optisch“. Eine rein optische Verlängerung würde in genauer Definition bedeuten, dass ein Ding im Verhältnis auf das es umgebende Bezugssystem lediglich länger wirkt, aber nicht ist. Dies könnte indess nur dann vorliegen, wenn die Beine des Patienten und somit das Bezugssystem verkürzt würden. Da das aber nicht der Fall ist, muss eine reale Vergrößerung vorliegen, sonst würde der Penis nicht größer wirken.

Die oben beschriebene Technik ist vom Prinzip her einfach aber in der Durchführung kompliziert, sofern man auf ein nenneswertes Ergebnis Wert legt. Ein gezieltes, präzises und atraumatisches Vorgehen ist die absolute Voraussetzung für ein dauerhaft zufriedenstellendes Ergebnis. Techniken mit ausladendem Hautschnitt (V-Y) sollten genau so passé sein wie Bestrebungen ausschließlich scharf unter Sicht zu operieren.

Bei geübtem und sachgerechten Vorgehen läßt sich der postoperative Narbenzug im Zaum halten, sodaß er das Ergebnis nicht wesentlich beeinflusst. Sollte dies der Fall sein, sorgte das atraumatische Vorgehen und das damit zurückhaltend vorliegende Narbengewebe für eine gute Therapierbarkeit mittels eines für diesen Zweck entwickelten Streckgerätes.

Bei der beobachteten Gruppe liegen die mit dieser Technik produzierten Ergebnisse der Verlängerung bei 3-6 cm.

Zur Verdickung des Penis wurden in der Vergangenheit weltweit diversliche Materialien ausprobiert: Fettgewebe, Eigenhaut, Fremdhaut, Silikon, Paraffin, Hyaluronsäure und zu guter Letzt Biopolymermatrixen, sogenannte Scaffolds.

Eine risikoarme, dauerhafte, ästhetisch ansprechende Verdickung ist der langjähriger Erfahrung der beobachteten Gruppe nach bislang nur mit einer speziellen Technik der autologen Fettgewebstransplantation oder aber der Implantation der Scaffolds möglich, letztere Technik ist indess wesentlich kostenintensiver und weniger erfolgsversprechend.

Eine bloße Injektion abgesaugten Fettgewebes ist hingegen nur von kurzem Effekt. Die bei anderer Technik eingesetzten Hautstreifen bergen allzu häufig das Risiko von Infektionen oder optisch wenig ansprechenden Ergebnissen in sich.

In geübter Hand ergibt die autologe Fettgewebstransplantation eine dauerhafte Vergrößerung des Umfangs von 2,8 cm im Durchschnitt.

Die neue Technik der Injektion hochstabiler Hyaluronsäure steht noch am Anfang, lässt aber auf gute Ergebnisse hoffen.

Fazit

Es stehen langjährig erprobte plastisch-chirurgische Verfahren zur veritablen Penisverlängerung und -verdickung zur

Verfügung, die nach Meinung des Autors auch bei entsprechender Indikation zum Einsatz kommen sollten.

Obwohl es sich bei diesem Eingriff um eine, von der reinen Technik her betrachtet, risikoarme und effiziente Methode handelt, können abhängig von der Erfahrung und der Kenntnis des Operateurs erhebliche Risiken und schlechte Ergebnisse resultieren.

Es wird deutlich, dass die Augmentative Phalloplastik nicht dafür gedacht ist, Patienten ihren Megalomaniegedanken zu erfüllen, sondern objektiv minder ausgestatteten Patienten zu einem durchschnittlichen Penis zu verhelfen.

Paul C. Larson, MD

Mit freundlicher Unterstützung von:

The European Institute for Uro-Genital Reconstructive Surgery, Kifisias Ave. 166, 11515 Athen

UGRS-International, Heidelberger Landstr. 7,
64297 Darmstadt
www.europaeisches-institut-ugrs.com