

Zerviko-faziales Facelift beim Mann

Autoren _ Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig, Dr. med. Daniel Knutti, Dr. med. Frank Michael Hasse, Hannover

Einleitung

Facelift-Verfahren bedürfen einer geschlechts-spezifischen Abwägungen und einer differenzierten Planung, die vor allem beim männlichen Geschlecht einen hohen Stellenwert einnimmt. Das betrifft vor allem die Wahl der prä- und postaurikulären Inzision sowie die Dissektion der Gewebe. Denn Männer weisen gegenüber dem weiblichen Geschlecht ein unterschiedliches Hauttegument mit vermehrten Adnexen auf. Die Haut ist dicker und schwerer. Mit zunehmendem Alter ist das zervikale Gewebe bei den Männern gegenüber dem weiblichen Geschlecht vermindert elastisch und bedarf zur Konturverbesserung des zerviko-mandibulären Winkels einer vermehrten Verlagerung mit Resektion der überschüssigen Haut. Darüber hinaus neigen Männer gegenüber ihrem weiblichen Geschlecht zu postoperativen Nachblutungen, die vornehmlich nach subkutanen Dissektionen auftreten und zu trophischen Hautstörungen der Haut, die gerade bei Rauchern vermehrt vorkommen. Hinzu kommt, dass die kranio-dorsale Verlagerung der Kutis eine Transposition und Größenabnahme der behaarten Wangenregion, insbesondere der Kollagen, die postoperativ erheblich schmaler und dem Tragus angenähert bzw. aufgelagert erscheinen, bedingt. Ebenso kommt es im Gegensatz zu den weiblichen Patienten bei den Männern nach traditionellen Facelifts zur Verlagerung der behaarten Wangenhaut in die retrolobuläre, d.h. retroaurikuläre Region, die unter Umständen rasiert bzw. epiliert werden muss. Auch ist zu beachten, dass sich beim Mann die postoperativen Narben weniger gut als bei den weiblichen Patienten durch Haarstil und Haartracht kaschieren lassen und je nach Befund vertikale, endoskopisch unterstützte Mittelgesichts-Suspensions-Facelift-Verfahren allein oder in Kombination mit anderen auch zum Teil minimalinvasiven Verfahren mit in das chirurgische Konzept einbezogen werden müssen.

Indikationen zerviko-fazialer Facelifts

Indikationen für ein Facelifting beim Mann sind frühzeitiger Elastizitätsverlust des Gewebes, prominente Falten des Gesichtes und des Halses, Ausbildung von Platysmabändern, Wangenptose und ausgeprägte Nasolabialfalten.

Zur Rejuvenation des Gesichtes bedürfen diese Patienten, und viele von ihnen sind vornehmlich Raucher, in der Regel eine Composite High-SMAS-Advancement-Rotations-Lappenplastik mit minimaler prä- und je nach Indikation auch retroaurikulärer subkutaner Dissektion, um zufriedenstellende Facelift-Ergebnisse zu erzielen. Allerdings ist dabei zu beachten, dass die SMAS-Dissektion oberhalb des Jochbogens zu erfolgen hat, um den Drehpunkt des SMAS-Advancement-Rotationsflap nach kranial oberhalb der Jochbeinprominenz verlagern zu können, damit die zentrale Mittelgesichtsregion mit den Anteilen der bei den Männern ausgeprägten Nasolabialfalten kosmetisch anspruchsvoll repositioniert werden können (Abb. 2a–c).

Zerviko-faziales Lifting

In der jüngsten Vergangenheit belegten anatomische Studien den engen Zusammenhang des SMAS zu den mimischen Muskulaturen, dem Wangenfett und den unterschiedlichen kutanen und osteokutanen Ligamenten, die in der Therapie der Altersveränderungen des Gesichtes große Bedeutung erlangen und zu neuen operativen Konzepten der Rhytidektomie, insbesondere der Nasolabialfalte, führten. Galt vor 20 Jahren das einschichtige, subkutane Facelift-Verfahren als das Gender unspezifische und universale Standardverfahren der Wahl, so neigen heute mehr und mehr Chirurgen dazu, die chirurgisch-therapeutischen Möglichkeiten an den individuellen Bedürfnissen

des Patienten zu orientieren. Dabei hat sich in den vergangenen zehn Jahren das High-SMAS-Composite-Verfahren bei den männlichen Patienten etabliert, um die erhöhten Risiken der Nachblutung und trophischen Störungen der Haut, die bei mehrschichtigen Facelift-Techniken vermehrt bei Männern auftreten, zu reduzieren. Ziel der High-SMAS Methode ist es, nicht wie früher fälschlicherweise praktiziert, die Gewebe lediglich zu straffen, sondern sie individuell anatomisch gerecht insbesondere im zentralen Mittelgesicht zu reponieren, zu suspendieren und lang anhaltend zu fixieren, ohne dabei Spannungen im Narbenbereich und trophische Störungen der Haut zu provozieren.

Festlegung der Inzisionslinien

Die Standardinzision wird bei zerviko-fazialen Liftings bei Männern wie bei Frauen von der Temporalregion der harten Kopfhaut um das Ohr nach retroaurikulär, ebenfalls in die behaarte Kopfhaut, geführt. Ausnahmen ergeben sich nach eigenen Erfahrungen, wenn enorme Gewebsmengen bei extrem erschlaffter Gesichts- und Halshaut zu resezieren sind. In solchen Fällen wird die temporale und retroaurikuläre Inzision etwa 4 bis 5 cm im Haarkleid entlang der Haargrenze bevorzugt. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass die Haargrenze z.B. auch bei sekundären Facelifts nicht verändert wird und das zervikale Gewebe entsprechend der Neokonfiguration des zerviko-mandibulären Überganges (Kontur) reponiert werden kann, und zwar vornehmlich distalisiert und nicht kranialisiert wird.

Präaurikuläre Inzision

Bei der präaurikulären Inzision wird die Schnittführung unabhängig vom Geschlecht entlang des anterioren Randes des Crus helcis und entlang der Vorderkante des Tragus gelegt, um sowohl eine Deformation des Tragus als auch durch den postoperativen Narbenzug die Exposition des Porus acusticus externus zu vermeiden und um einen kosmetisch unauffälligen Narbenverlauf zu erzielen. Die



Abb. 1

Intraoperativer Situs nach Inzision des SMAS-Gewebes oberhalb des Jochbogens, ausgedehnter sub-SMAS Dissektion mit Durchtrennungen der ligamentären Strukturen und anschließender Bildung eines Advancement-Rotations-Lappens des SMAS-Gewebes; das reponierte SMAS-Gewebe nimmt nach der Fixation die Spannung und nicht die darüberliegende Haut auf und ist wesentlich resistenter gegenüber Zugbeanspruchung als die Haut.

wenigen Haarfollikel, die nach der Gewebsreposition im Tragusbereich transferiert werden, lassen sich in der Regel einfach durch Ausdünnung des Lappens beseitigen beziehungsweise mit dem Laser epilieren. Darüber hinaus hat es sich bewährt, das Ohr-läppchen in einem Abstand von etwa 1 bis 2 mm zu umschneiden, um einen postoperativen, harmonischen, natürlichen Übergang zwischen dem Ohransatz und der Wangenhaut zu gewährleisten.

Postaurikuläre Inzision

Obwohl Männer gegenüber Frauen in der Regel kürzeres Haar tragen, empfiehlt sich trotzdem eine prätricheale Inzision, um das redundante zervikale Gewebe zur Akzentuierung des zerviko-mandibulären Winkels angemessen reponieren zu können. In der Regel kann der Narbenverlauf bei den Männern durch den nach unten gerichteten Haarwachstumsverlauf kaschiert werden. Postaurikulär wird die Inzision etwa 1 bis 2 mm oberhalb des Sulkus auricularis angelegt, da es durch den postoperativen Narbenzug zur Verlagerung der Narbe in den Sulkus kommt. Etwa in Höhe der Oberkante des Tragus wird die Inzision rechtwinklig retroaurikulär in die Occipitalregion mit einer Länge von etwa 4 bis 5 cm geführt bzw. entlang der Haargrenze inzidiert. Diese Schnittführung gewährleistet einen gut durchbluteten postaurikulären Flap, ohne das postoperative Risiko der Lappennekrose. Um zusätzlich den rechtwinkligen Übergang zwischen Sulcus retroauricu-

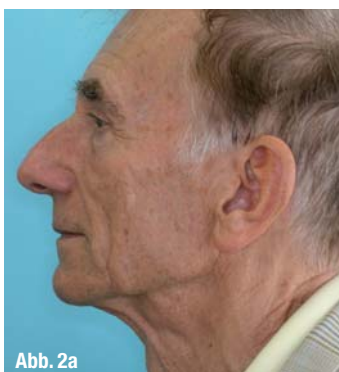


Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 2c

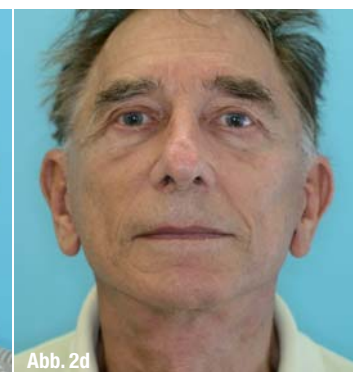


Abb. 2d

laris und Os occiput unauffällig zu gestalten, kann eine Z-Plastik im Sulkusbereich angelegt werden.

Zerviko-faziale High-SMAS-Platysma-Dissektion

Entlang den zuvor festgelegten Markierungslinien erfolgen die Inzision der Cutis und die anschließende, definierte Dissektion. In der Temporalregion empfiehlt es sich, die Dissektion unterhalb der Fascia temporalis profunda durchzuführen, um zum einen die Haarfollikel zu schützen und zum anderen eine unmittelbare Verletzung des Nervus facialis ramus temporalis zu vermeiden, der in einem Abstand von circa 1,5 cm zur lateralen Augenbraue innerhalb der Fascia temporalis superficialis verläuft. Etwa 1 cm vor dem Haaransatz erfolgt die weitere Dissektion bis zur lateralen Orbita subperiostal, oberhalb des Jochbogens. Die Temporalgefäße sollten dabei geschont beziehungsweise ligiert werden, um in bestimmten Fällen eine bessere Mobilisation des zu entwickelnden Flaps zu ermöglichen. Prätragial wird die Dissektion der Cutis je nach Ausmaß der zu reszezierenden Haut circa 2 bis 3 cm subkutan fortgeführt, bevor die tiefere Faszien-schicht, der SMAS-Platysma-Komplex, inzidiert wird. Es schließt sich die weitere, scharfe subkutane Dissektion retroaurikulär an, wobei darauf zu achten ist, den Nervus facialis ramus occipitalis, der unterhalb der M. occipitalis-Faszie liegt, nicht zu verletzen. Retroaurikulär, posterior des M. sternocleidomastoideus, gestaltet sich die Dissektion in der Regel recht leicht, jedoch

im Bereich des M. sternocleidomastoideus erschweren fibrokutane Verbindungen die Präparation, so dass abwechselnd eine scharfe und stumpfe Dissektion ratsam ist. Größte Vorsicht ist im Bereich des M. sternocleidomastoideus geboten, nicht unterhalb der Muskelfaszie zu präparieren, da sonst das Risiko der Verletzung des N. auricularis magnus und der weiter anterior verlaufenden V. jugularis externa groß ist. Sollte es dennoch zur Verletzung des N. auricularis magnus in Folge einer Durchtrennung kommen, ist es ratsam, diesen mikrochirurgisch sogleich zu vereinigen, da sonst mit postoperativen Neurinomen zu rechnen ist. Anterior des M. sternocleidomastoideus gestaltet sich die weitere subkutane Präparation oberhalb des Platysmas wiederum ohne nennenswerte Schwierigkeiten bis zur Mittellinie des Halses, wobei inferior die subkutane Dissektion in einem Abstand von 1,5 cm parallel zur Unterkieferbasis bis zum Hyoid reichen sollte. Nach ausreichender Präparation und retroaurikulärer Dissektion wird präaurikulär in einem Abstand etwa 1 cm vertikal vom Jochbogen bis circa 3 bis 4 cm unterhalb des Kieferwinkels das SMAS inzidiert und bis zur parotido-masseterischen Faszie präpariert. Mit schmalen Kocherklemmen wird der SMAS-Rand aufgespannt und das SMAS abwechselnd scharf und stumpf mit vertikal spreizenden Scherenbewegungen und Präpariertupfern bis zum Hinterrand des M. zygomaticus majus präpariert. Etwa einen Querfinger breit oberhalb des Jochbogens wird dann das SMAS horizontal bis zum Übergang der Jochbeinprominenz scharf durchtrennt und die Präparation oberhalb des M. zygomaticus major unter Einbeziehung und Dissektion der osteokutanen Ligamente im Bereich des McGregor patches fortgeführt.

Die Dissektion wird anschließend subkutan oberhalb des M. zygomaticus major und minor und unterhalb des inferiolateralen Anteils des M. orbicularis oculi bis zur Nasenbasis, die Nasolabialfalte überquerend, in die Oberlippe vorsichtig, ohne Verletzung der A. angularis, fortgesetzt. Durch diese extensive High-Sub-SMAS- und anschließende subkutane Dissektion bis in die Oberlippe hinein ist es möglich, nach Durchtrennung der Retinaculæ im Bereich der Jochbeinprominenz und des Vorderrandes des M. masseter sowie der partiellen Durchtrennung des Platysmamuskels circa 4 cm unterhalb des Kieferwinkels den SMAS-Platysma-Komplex vertikal zu mobilisieren, ohne dabei die Nasolabialfalte bei dorsaler Beanspruchung des SMAS-Platysma-Komplexes zu vertiefen, da der M. zygomaticus major aus dem Verband des SMAS herausgelöst wurde. Um eine ausreichende Mobilisation im temporalen Bereich zu gewährleisten, empfiehlt es sich, die Fascia temporalis bis hin zu den temporalen Gefäßen zu inzidieren und den mobilisierten SMAS-Komplex an der Fascie temporalis zu fixieren (Abb. 1).



Straffere Gesichtszüge und ein glatteres Dekolleté durch Radiowellen!



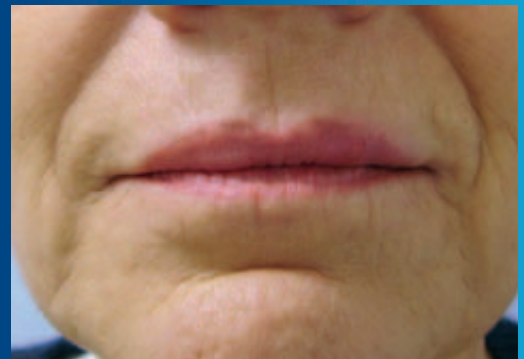
Die sichere, sanfte Methode für ein jüngeres
Gesicht und einen strafferen Körper

- schmerzfrei, ohne Spritze und Skalpell
- kein Klinikaufenthalt
- sofort gesellschaftsfähig
- preisgünstig und lang anhaltend!

Die Innovation in der Anti-Aging-Behandlung

Mit dieser Methode erreichen Sie auch die
Patienten, die vor einem Eingriff mit Skalpell
oder Spritze zurückschrecken!

Eines von vielen
Behandlungsbeispielen



radioSURG® 2200

das Universalgerät nicht nur für die RF-ReFacing-Behandlung,
sondern auch für alle chirurgischen Maßnahmen und IGeL-Eingriffe
ab EUR 3.795,00 + MwSt. Das Gerät amortisiert sich schnell!

RF-ReFacing® ist ein eingetragenes Warenzeichen der Meyer-Haake GmbH



Meyer-Haake GmbH
Medical Innovations
Am Joseph 9 · 61273 Wehrheim
Deutschland / Germany

Telefon / Phone ☎: + 49 (0) 60 81 - 44 61 - 0
Telefax / Telefax ☎: + 49 (0) 60 81 - 44 61 - 22
E-Mail: info@meyer-haake.com / export@meyer-haake.com
Internet: www.meyer-haake.com

Vertikales videoassistiertes zentro-faziales Facelift

Werden präaurikuläre Inzisionen vom Patienten abgelehnt, dann ist ein vertikales videoassistiertes zentro-faziales Facelift gegebenenfalls mit adjuvanten Maßnahmen wie Botulinumtoxin und Weichgewebssäulern als Alternative zu diskutieren.

Die Technik der minimalinvasiven Chirurgie (MIC) basiert auf der Kenntnis, dass nach subperiostaler scharfer Durchtrennung der osteo-kutanen ligamentären Strukturen und großzügige Ablösung des Periostes vom Jochbein-, Jochbogenkomplex bis weit über die Maxilla hinaus, die Weichteilstrukturen des Mittelgesichtes einschließlich des M. orbicularis oculi entgegen der Richtung des Weichteildeszensus vertikal verlagert werden können und damit zur Nivellierung der Nasolabialfalte und Anhebung des Mundwinkels beitragen.

Das operative Verfahren erfolgt mithilfe eines videoassistierten Fiberskopes, das 7,5 mm stark und circa 21 cm lang ist. Neben einem Saug-Spülkanal verfügt es darüber hinaus über einen Arbeitskanal, durch den speziell entwickelte Zangen und Scheren eingebracht werden können.

Nach einer leicht nach ventral abfallenden vertikalen Inzision der Haut oberhalb der Ohrachse, die bis zur Fascia temporalis profunda reicht, erfolgt die subperiosteale Dissektion der Weichgewebe der vorderen zwei Drittel des Jochbein- und Jochbogenkomplexes sowie des Oberkiefers bds. bis zum Sulcus bucco-alveolaris. Die Fascia temporoparietalis samt SMAS und den daran anheftenden Weichteilen wer-

den nach Dissektion der osteo-ligamentären Strukturen und großzügiger Mobilisation der Weichgewebe nach dem Vorschlag von Knize kranialisiert und mit einem Endotine-Midface-Verankerungssystem fixiert (Hönig 2007), sodass es insgesamt zur Elevation der infra- und supraorbitalen Weichteile einschließlich der Nasolabialfalte kommt.

Diskussion

Traditionelle SMAS-Plastiken, die lediglich die subtotale Dissektion des SMAS-Komplex proximal oberhalb der Parotis beinhalten, enttäuschen geschlechtsspezifisch unabhängig nach wie vor, weil die Parotiskapsel am SMAS-Komplex fixiert ist und die partielle „Parotiskapsel-Elevation“ nur wenig Mobilisationsmöglichkeiten des SMAS-Komplexes ermöglicht und damit in der Regel keinen Effekt aufweist. Ähnlich verhält es sich mit Imbrikationen und Plikationen des SMAS unterhalb des Jochbogens, die die „Straffung“ der suborbitalen und malarischen Strukturen unbeeinflusst lassen.

Genderunabhängig liegt der Schlüssel der effektiven Wangengewebsreposition nach den Ergebnissen von Connell und Barton sowie den eigenen Erfahrungen in der sub SMAS/platysmalen Dissektion beziehungsweise Durchtrennung der kutanen und osteo-kutanen Ligamente sowie Fasciotomien von diversen Muskelfasziën. Erfüllt werden diese Anforderungen in der Regel durch die High-SMAS-Advancement- und Rotationsplastiken in Kombination mit einer Unterlidplastik, einer Musculus orbicularis-Suspension, einem Stirnlift und einer Zervikoplastik. Vorteilhaft erweist sich diese Vorgehensweise gerade bei männlichen Personen, zumal Männer ein deutlich dickeres Hautsegment im Vergleich zu den weiblichen Patienten besitzen und die Nutrition der Kutis bei der reinen subkutanen Dissektion häufig und hier gerade bei Rauchern, tropische Störungen aufweist. Bei den High-SMAS-Verfahren mit minimaler präaurikulärer Dissektion wird lediglich nach der Gewebsreposition der redundante diszezierte Kutsanteil reseziert, sodass präaurikulär im Abstand von nur wenigen Millimeter bereits ein Composite flap entsteht, um eine verbesserte Nutrition des kutanen Gewebes zu ermöglichen und das Risiko der subkutanen Blutung, das nach ausgedehnter subkutaner Dissektion bei Männern gegenüber Frauen deutlich erhöht ist, zu reduzieren. Möglich wird dies durch eine High-Sub-SMAS-Dissektion, die in einem avaskulären Spatium anlegt wird. Dadurch werden Mittel- und Untergesicht mit ihren subkutanen Fettgewebmassen, die dem SMAS-Platysma-Komplex anhaften, über den SMAS-Platysma-Komplex als Vehikel suspensiert. Diese chirurgisch anspruchsvollen High-SMAS-Facelift-Techniken zielen darauf ab, die zentro-laterale, d.h. die suborbi-



talen und submalaren Weichgewebe zu reponieren, wobei die Durchtrennung der ligamentären Strukturen unumgänglich ist, um eine großzügige Weichgewebsmobilisation, die sowohl das zentro-faziale als auch das zervikale Gewebe mit erfassen, zu ermöglichen.

Das beinhaltet aber auch eine retroaurikuläre Inzision mit horizontaler oder schräg vertikal verlaufender Entlastungsinzision im occipitalen Haarbereich und eine ausgedehnte Gewebsunterminierung, die bis zur zervikalen Mittellinie reicht, mit anschließender zerviko-fazialer Mobilisation, Lippektomie – soweit erforderlich – sowie Reposition und Resektion des ptotischen Gewebes, ohne nach der Reposition des zerviko-fazialen redundanten Gewebes eine vertikale Gewebsstauchung im temporalen Haaransatz zu provozieren.

Unter sorgfältiger Beachtung der anatomischen zervikalen und fazialen Strukturen kann die limitierte High-Sub-SMAS-Dissektion als ein relativ sicheres und blutfreies Verfahren in geübten Händen eingestuft werden, die die Nivellierung der Nasolabialfalte nach Dissektion des SMAS von dem M. zygomaticus major und der oberen Lippe ermöglicht.

Zur Vermeidung von Transposition und Größenabnahme der behaarten Wangenregion, insbesondere der Kotletten, die postoperativ erheblich schmaler und dem Tragus angenähert erscheinen, sowie der Verlagerung der behaarten Wangenhaut in die retrolobuläre Region bei traditionellen Facelifts, prä- und postaurikulären Narben, hat sich je nach Befund das vertikale, endoskopisch unterstützte zentro-faziale Mittelgesichtsift bewährt.

Der Vorteil des vertikalen videoassistierten fiberendoskopischen Facelift liegt zum einen in der Vermeidung sichtbarer prä- und postaurikulärer sowie bikoronarer Narben, ohne die Notwendigkeit der Resektion überschüssiger Haut bei deutlich schnellerer Rekonvaleszenz der Patienten (Abb. 3). Lediglich über zwei temporal angelegte Inzisionen im behaarten Kopfbereich wird Weichgewebe subperiostal bis in die Mittelgesichtsregion vom Knochen gelöst, ähnlich dem offenen subperiostalen Facelift, reponiert und fixiert. Damit verbunden ist zum anderen eine deutliche Verringerung der Rekonvaleszenzzeit und deutliche Reduktion des postoperativen Hämatoms gegenüber den Sub-SMAS und subperiostalen Verfahren.

Allerdings ist die Indikation für diese Technik deutlich eingeschränkt. Sie eignet sich genderunspezifisch bei Patienten, die noch über eine elastische, tonische Haut verfügen und bei denen eine Hautresektion nach Weichteilreposition nicht erforderlich ist. Sie eignet sich nicht als alleiniges chirurgisches Verfahren zur Behandlung ausgeprägter Nasolabialfalten in Kombination mit Ausbildung von Hängewangen und erschlafftem Platysma, da hier in der Regel Platysmaplastiken über

einen präaurikulären Zugang mit Hautresektionen nach wie vor zur Anwendung kommen.

Das isolierte videoendoskopische Faceliftverfahren (VEF) ist nur in ausgewählten Fällen bei Patienten indiziert, bei denen keine Platysmaplastiken und keine Hautresektionen erforderlich sind und die eine präaurikuläre Schnittführung ablehnen. Allerdings sind bei richtiger Indikation und Anwendung der Technik die Langzeitergebnisse vielversprechend und stellen eine sichere Alternative bisheriger Facelift-Behandlungsmethoden auch bei Männern dar.

Zwar gibt es bislang keine geschlechtsunabhängige ideale Facelift-Technik, die allen Patienten gleichermaßen gerecht wird, dennoch bietet die klassische SMAS-Platysmaplastik den unbestrittenen Vorteil der lang anhaltenden Gewebsreponierung und Gewebsretention mit zahlreichen Variationsmöglichkeiten der SMAS-Plastiken sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Sie sollte aber wegen der unterschiedlichen Hautbeschaffenheit zwischen Männern und Frauen, bei den männlichen Facelift-Patienten eine Präferenz besitzen, weil die SMAS-Advance-ment-Rotationsflap-Techniken eine Vielzahl von Weichgewebsrepositionen in unterschiedliche Vektorrichtungen ermöglichen, wie zum Beispiel die Trifukation des reponierten SMAS-Gewebes, um eine Verlagerung des ptotischen zentro-fazialen Gewebes in nahezu horizontaler Richtung, des ptotischen fazio-fazialen Gewebes in schräg kraniale und des zervikal verlagerten Gewebes in schräg horizontale und vertikale Vektorrichtungen zu ermöglichen, und um gleichzeitig das Kutisgewebe im Narbenbereich spannungsfrei zu verankern. Nur so wird es möglich, die altersbedingte Gewebsptose des Mannes, im Besonderen im oberen Zweidrittel der Nasolabialfalte und auch der der suborbitalen Region, nämlich im Bereich des orbito-malaren Sulkus, adäquat, natürlich und kosmetisch anspruchsvoll dreidimensional in unterschiedlich beanspruchte Vektorrichtungen zu reponieren (Abb. 2–4). Unnatürliche infra- und retroaurikuläre sowie orbito-temporale Gewebsstauchungen werden dadurch vermieden, die allerdings bei den narbensparenden Verfahren unmittelbar postoperativ häufig beobachtet werden.

_Kontakt

face

Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig

Ltd. Arzt Abt. Plastische und Ästhetische Chirurgie
Paracelsus Klinik Hannover
Oertzeweg 24
30851 Hannover/Langenhagen
E-Mail: info@professor-hoenig.de