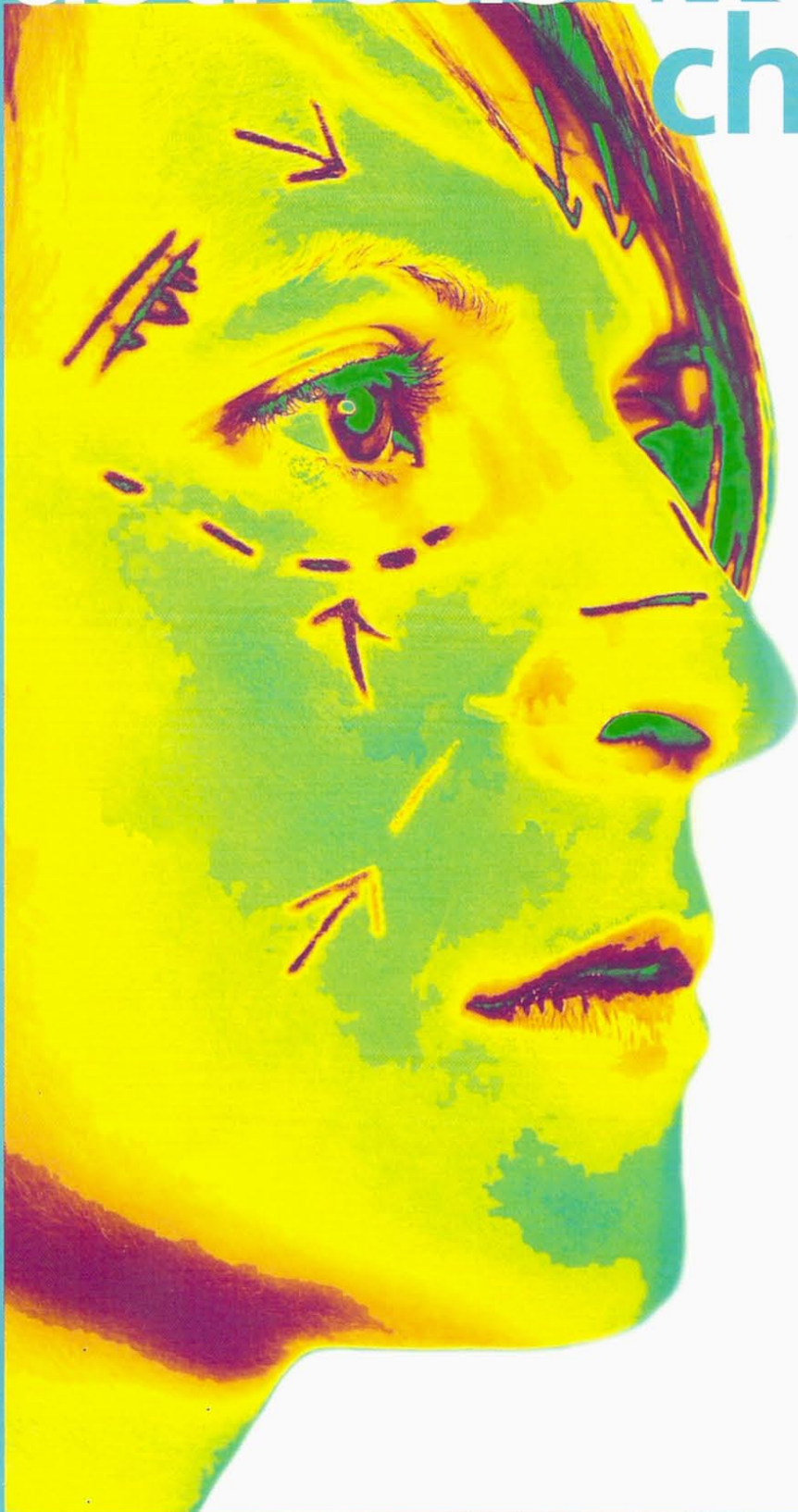


journal für

ästhetische chirurgie



Facelift

Von Ethik zu Ästhetik

Entwicklung und Bedeutung des
SMAS in der Faceliftchirurgie

Korrekturen bei voroperierten und
stigmatisierten Patienten nach
Facelifts

Techniken des Mittelgesichtsliftings

Beeinflussung der Gesichtsweichteile
durch skelettale Bewegungen

Vermeidung von Komplikationen

G A C D



Springer Medizin

journal für
ästhetische chirurgie

Elektronischer Sonderdruck für
C. Schrank

Ein Service von Springer Medizin

J Ästhet Chir 2011 · 4:125–130 · DOI 10.1007/s12631-011-0122-7

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

C. Schrank · Y. Levy

**Korrekturen bei voroperierten und stigmatisierten
Patienten nach „Facelifts“**

Korrekturen bei voroperierten und stigmatisierten Patienten nach „Facelifts“

Immer mehr Patientinnen und Patienten, die sich zur Beratung und späteren Operation bei uns anmelden, sind bereits auswärts voroperiert. Ihr Anteil an unserem Patientengut beträgt etwa 30% – mit steigender Tendenz. Die Patienten klagen zumeist über den nicht erkennbaren Behandlungserfolg der Voroperation oder weisen verschiedene Stigmata auf, die ihr Gesicht entstellen oder das alltägliche Leben beeinträchtigen.

Die häufigsten „Entstellungen“ dabei sind:

- langgezogene Ohrläppchen,
- das „bulleye“-Phänomen,
- gestraffte Gesichtszüge mit Einziehungen (z. B. nach Fadenlift),
- teils grotesk wirkende, überbetonte vordere Jochbögen (Folge von „midfacelifts“),
- „scleral show“ bis Ektropium der Unterlider (nach „midfacelift“),
- Beeinträchtigung/Verlust der temporalen, nuchalen und frontalen Haaransätze,
- hypertrophe, verbreiterte und verzogene Narben,
- falsche Schnittführungen,
- eingezogene Wangen und Kontur-unregelmäßigkeiten im Gesicht und am Hals.

Vielfach ist das Erscheinungsbild der Patienten – abgesehen von ihren Narben – so, als seien sie gar nicht operiert worden. Dies spiegelt sich in den verbliebenen deutlichen Alterserscheinungen und häufigen lipodystrophischen Fettansamm-

lungen in Wangen-, Kinn- und Halsbereichen wider.

Die Ursachen sind zum einen in der mangelhaften Aus- und Weiterbildung der Operateure hinsichtlich der Gesichtschirurgie zu sehen, zum anderen in dem wirtschaftlichen Druck, Behandlungsmethoden anbieten zu können bzw. zu müssen. Zudem spielt der Patientenwunsch nach einem „minimalen Eingriff mit möglichst maximalem Ergebnis“ eine große Rolle. Vielfach wird dem Patienten auch von Seiten der behandelnden Ärzte suggeriert, dass der kleinere Eingriff schonender sei und zum selben oder nahezu gleichwertigen Ergebnis führe, wie standardisierte und über Jahrzehnte weiterentwickelte, weltweit erprobte und profilierte Verfahren in der chirurgischen Behandlung des alternden Gesichts. Die Entwicklung der SMAS (superfizielles muskuloaponeurotisches System)-Präparation Anfang der 1970er-Jahre durch Skoog, Mitz u. Peyronie [1, 2] stellt einen solchen Meilenstein in der Evolution der ästhetischen Chirurgie des Gesichts dar. Mit ihr erfolgte der wesentliche Durchbruch in der Faceliftchirurgie.

Hiermit gelang es, die seit Beginn des 20. Jahrhunderts durchgeführten Facelifts, bei denen lediglich mehr oder weniger Wangenhaut freipräpariert, gekürzt und gestrafft wurde (meist resultierend in gestrafft-maskenhaften Gesichtern mit breiten Narben und limitierter Haltbarkeit), zu verlassen. Die grundlegende Überlegung und das Verständnis, dass mit zunehmenden Alter ein Elastizitätsverlust der Haut, eine Fettumverteilung (Hamsterbacken, Doppelkinn, ...) und der Verlust der Dynamik und Spannung der Mus-

kulatur in einem Prozess des „sagging“ im gesamten Gesicht und am Hals münden, gibt das erforderliche Behandlungsprinzip im Grunde genommen logisch vor. Die Anhebung der Muskel-Bindegewebsplatte (SMAS) wirkt dem Absacken des Gesichts und Halses entgegen, dynamisiert diese und trägt als „inneres Stützgerüst“ die Spannung, weshalb die elastotische Altershaut entlastet wird.

Die Richtung der Vektoren beim Heben des SMAS richtet sich nach den Vektoren des Absackprozesses im Rahmen der Alterung des Gesichts.

Korrektur bei voroperierten Patienten

Bei allen (auswärts) voroperierten Patienten, die sich bei uns vorstellten, wurden auf der Grundlage eines „extended“ oder „superextended“ Face-Neck-Lifts mit SMAS oder „upper face lifts“ Korrekturoperationen vorgenommen und größtenteils wieder ein ansprechender Zustand zurückgewonnen. Das „upper face lift“ stellt die Harmonie und ästhetische Balance des oberen und mittleren Gesichtsdrittels wieder her, was ein natürlich-jugendliches, positiv-dynamisches und attraktiveres Erscheinungsbild zur Folge hat. Dabei werden ein subkutanes Stirn-Brauen-Schläfen-Lift mit individuellem Haaransatzschnitt und die Dynamisierung des Wangenbereichs (Heben des abgesunkenen und erschlafften SMAS und Wangenfetts) kombiniert.

Auf diese Weise gelang es in beinahe allen Fällen, die stigmatisierenden Residuen der Voroperationen zu beseitigen

Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.

Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.

Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



dem imponierten die massive Lipodystrophie im Wangen- und submentalen Bereich, der verstrichene Unterkiefer-Hals-Winkel sowie die Erschlaffung der Platysmabänder (am ehesten vereinbar mit partieller Fettabsaugung). Ausstrahlung und Gesichtsdynamik fehlten auch weiterhin. Die Augenpartie wirkte, aufgrund der Ptosis der Stirn-Brauen-Schläfen-Partie (mit resultierendem Pseudohautüberschuss der Oberlidregion) müde und klein (■ **Abb. 1a,c,e**).

Nur mithilfe eines vollausgedehnten Face-Neck-Lifts (Lösen der subkutanen Fettdepots und Platysmabänder, sowie Präparation/Heben des SMAS) konnten das innere Stützgerüst des Gesichts wieder aufgebaut und die kaudalen Zugvektoren (langgezogenes Ohrläppchen, Hamsterbacken, Doppelkinn) aufgehoben werden. Die Hals- und Gesichtskonturen sind nach Fettresektion und -skulpturierung wieder klar und dynamisch. Ein subkutanes Stirn-Brauen-Schläfen-Lift harmonisiert den Augenausdruck mit der natürlichen Frische und Attraktivität des Gesichts (■ **Abb. 1b,d,f**).

Mithilfe der Dynamisierung und Hebung des SMAS bleibt die maximale Beweglichkeit im Gesichts- und Halsbereich erhalten, es nimmt als neu geschaffenes „inneres Korsett“ die vektoriel- len Zugkräfte auf. Dadurch wird erreicht, dass es zu weniger Spannung auf die Haut und damit zu einem besseren Narbenbil- dungspotenzial kommt.

Fallbeispiel 2

Bei dieser auswärts voroperierten Patientin wirken die Augen nach wie vor müde und klein. Im Vordergrund steht die stark abgesunkene Stirn-Brauen-Schläfen-Partie mit Pseudoblepharochalasis. Die Stirn wirkt hoch und kahl, die Lidumschlagfalte ist verstrichen und der Gesichtsausdruck erscheint abgespannt (■ **Abb. 2a,c**).

Das bei dieser Patientin eingesetzte subkutane Stirn-Brauen-Lift hat die Augenbrauen gehoben, ihren Bogen wieder hergestellt, die kahle Stirnhöhe (aufgrund des „hairlinecuts“) reduziert und die verstrichene Lidumschlagfalte wieder konturiert.

Daneben wurde das SMAS im Wangenbereich angehoben (Beseitigung der

Abb. 1 ◀ Fallbeispiel 1. **a,c,e** Präoperativer Zustand nach „Mini-Face-lift“ (zwei Jahre zu- vor auswärts durchge- führt). **b,d,f** Postoperativer Zustand (18. Tag)

oder zu verbessern und das vom Patienten ursprünglich ersehnte Ziel zu erreichen.

➤ Es gelang fast immer, die stigmatisierenden Residuen der Voroperationen zu beseitigen

Als weitere Behandlungsmaßnahmen kamen das von uns weiter- und mitentwickelte subkutane Stirn-Brauen-Schläfen- lift sowie verschiedene Lidplastiken und

die autologe Mikrohaartransplantation zum Einsatz.

Fallbeispiel 1

Nach einer Voroperation bestand bei dieser Patientin nach wie vor das „sagging“, mit verstärktem Zug der Weichteilgewebe nach kaudal (Resultat der „Hautstraffung/-exzision“), welcher zu einem langgezogenen Ohrläppchen führt. Außer-

„Hamsterbacke“, Auffrischen der Wange) und das Unterlid hiermit zusätzlich unterstützt.

Die maximale Einsicht in den Operationssitus hilft dabei, Narben zu lösen, Haut zu „befreien“, Spannungen und Verklebungen zu beseitigen sowie Fremdmaterial oder einziehende Nähte zu entfernen. Durch das subkutane Lösen der „von unten“ in die Haut einstrahlenden Muskel- und Platysmabänder sowie „retaining ligaments“ und das Konturieren und Skulpturieren des subkutanen Fettgewebes können bestmögliche Ergebnisse erreicht werden und die Spannung auf die Haut, die im Alter ohnehin schon an Elastizität verloren hat, minimiert werden. Der geübten Hand gelingt es dabei, die Komplikationen und Risiken auf einem kleinstmöglichen Niveau zu halten und dem Gesicht größtmögliche Dynamik und Beweglichkeit zurückzugeben.

Fallbeispiel 3

Diese Patientin hatte nach (auswärtiger) Unterlidblepharoplastie ein hochgradiges Ektropium (links > rechts) mit entzündlich geröteten Konjunktiven, beginnenden Ulzerationen und Verhornungen der Sklera), welches auch nach einem weiteren Korrekturversuch nicht behoben werden konnte. Der mechanische Lagophthalmus wurde zusätzlich durch eine fehlerhaft durchgeführte Oberlidblepharoplastie (Schnittlinie zu weit kaudal der tarsalen Umschlagfalte, Hautüberexzision, herniertes Restfett der nasalen Kompartimente) verschlechtert (■ **Abb. 3a**). Fünf Jahre zuvor war ein Facelift ohne sichtbare Verbesserung durchgeführt worden. Stattdessen verblieb die Rhytidose der Hals- und Wangenregion mit „Hamsterbacken“ und nach präaurikulär verzogenen Schnittnarben (fast 0,5 cm! – „Mini-Lift“?), langgezogenen Ohrläppchen, Stufe (Alopezie) im nuchalen Haaransatz mit strickleiterförmigen, depigmentierten Narben (■ **Abb. 3c**).

Die Korrektur der genannten Vorbe-funde erfolgte zunächst auf Grundlage eines „superextended“ Face-Neck-Lifts („sec. go“) mit SMAS-Hebung und Narbenlösung sowie einem Schläfenlift, um die Vorschäden zu beheben (■ **Abb. 3d**):

J Ästhet Chir 2011 · 4:125–130 DOI 10.1007/s12631-011-0122-7
© Springer-Verlag 2011

C. Schrank · Y. Levy

Korrekturen bei voroperierten und stigmatisierten Patienten nach „Facelifts“

Zusammenfassung

Die Anzahl misslungener Voroperationen und dabei stigmatisierter Patienten nimmt immer weiter zu. Mangelhafte Ausbildung und Anwendung verschiedenster Techniken, falsche Indikationsstellung und „minimal-invasive“ Techniken resultieren in nicht erkennbaren (vorher versprochenen) Behandlungsergebnissen, hässlichen Narben, Verwachsungen, Haarverlusten, Deformitäten, Augenveränderungen und Funktionsbeeinträchtigungen bis hin zu Entstellungen des Gesichts, die das alltägliche Leben der Patienten beeinträchtigen. Anhand einiger Beispiele sollen hier ein Teil der negativen Veränderungen aufgezeigt und mögliche Behandlungskonzepte dargestellt werden. Mithilfe eines „extended“

oder „superextended“ Face-Neck-Lifts und der Präparation eines inneren Stützgerüsts – „SMAS“ oder „high SMAS“ – gelingt es meist, das ursprünglich erhoffte Behandlungsziel zu erreichen und dabei die stigmatisierenden Veränderungen größtenteils zu beseitigen. Weitere etablierte und langzeiterprobte Behandlungsverfahren unterstützen die Korrektur bis ins kleinste Detail und verhelfen zu einem natürlichen und unoperiert aussehenden Erscheinungsbild.

Schlüsselwörter

Korrekturoperationen · Facelift · Narben · Alopezie · Ektropium · Ohrveränderungen · SMAS

Corrective surgery in pre-operated and stigmatized patients following facelift surgery

Abstract

The number of failed previous operations, and hence also of stigmatized patients, continues to rise. Insufficient training, the use of widely varying techniques, incorrect indications, as well as minimally invasive techniques, result in imperceptible (though promised) treatment results. In addition, unsightly scarring, adhesions, hair loss, deformities, eye changes, impaired function, and facial deformities can impair the patient's daily life. Using examples, some the negative results and possible treatment concepts are discussed here. With the help of an extended

or superextended face/neck lift and the construction of an internal scaffold—SMAS or high SMAS—it is usually possible to achieve the originally desired treatment result and thereby largely eliminate stigmatizing changes. Other tried and tested treatment methods underpin corrective surgery down to the smallest detail and help achieve a natural (unoperated) result.

Keywords

Revision operations · Facelift · Scars · Alopecia · Ectropium · Ear changes · SMAS



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.

Abb. 2 ▲ **a,c** Zustand nach zweifacher Oberlidstraffung (auswärts) mit dem Ziel, die Müdigkeit des Augenausdrucks zu beseitigen. **b,d** Zustand nach „upper face lift“ (10. postoperativer Tag)



Abb. 3 ► Korrektur der Folgen eines fünf Jahre zuvor durchgeführten Face-lifts. **a,c** Präoperativer Zustand. **b,d** Postoperativer Zustand

- Beseitigung der stigmatisierenden, deutlich sichtbaren periaurikulären und nuchalen Narben mit „Befreiung“ der Ohrfläppchen,
- Unterstützung und Entlastung der Unterlider durch SMAS-Hebung,
- Schläfenlift mit Raffung und Pexie der lateralen Pars orbitalis des M. orbicularis oculi an der Temporalisfaszie sowie
- beidseitige laterale Kanthopexie.

Die Patientin wurde auf die wegen der Überexzision der Haut am Ober- und Unterlid eingeschränkten Möglichkeiten hingewiesen und die Notwendigkeit einer späteren medialen Lidplastik aufgezeigt. Diese wurde acht Wochen später als modifizierte mediale Lidplastik nach Lee zur Perfektionierung und end-

gültigen Komplettierung des Lidschlusses durchgeführt.

Die Ptose der Stirn-Brauen-Schläfen-Region mit resultierenden müden kleinen Augen und Pseudoblepharochalasis kann aufgrund des iatrogenen Lagophthalmus (Überexzision der Haut im Unter- und Oberlidbereich, links > rechts) i.d.R. nicht mit einem – sonst hierfür eigentlich optimal geeigneten – Stirn-Brauen-Schläfen-Lift beseitigt werden, da sonst der nach der Korrektur wieder vollständig vorhandene Lidschluss erneut beeinträchtigt werden würde.

Fallbeispiel 4

Aufgrund falscher Schnittführung am bzw. unterhalb des Haaransatzes oder durch Wegstraffen/-exzision der Haare im okzipitalen Bereich entstehen irre-

versible Schäden, wie bei dieser Patientin (■ **Abb. 4a**). Die abgesunkene, hypertrophe periaurikuläre Narbe spricht zudem dafür, dass kein SMAS präpariert wurde und aufgrund des vorausgegangenen „Mini-Lifts“ viel zu viel Spannung auf der Haut lastet. Chirurgisch lassen sich diese Schäden durch ein „extended“ oder „superextended“ Face-Neck-Lift mit SMAS-Präparation, welches dann die Spannung von der Haut nimmt und das Facielift „trägt“, beheben und durch den gewonnenen Hautüberschuss die Narben spannungsfrei exzidieren. Die vollkommene Wiederherstellung wird im Anschluss an die Operation durch eine autologe Mikrohaarttransplantation erreicht. Dies wird zu Behandlungsbeginn mit der Patientin besprochen (s. Anzeichnung ■ **Abb. 4b**)

Bei jeder ästhetischen Korrektur muss eine exakte Analyse durchgeführt werden,

um die Funktionalität und ästhetische Harmonie wiederherstellen zu können. Gegebenenfalls müssen Einschränkungen in der „restitutio ad integrum“ hingenommen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterführende bzw. ergänzende Maßnahmen mit dem Patienten besprochen und durchgeführt werden.

Fallbeispiel 5

Ein weiteres Patientenbeispiel zeigt die Folgen eines fehlerhaft durchgeführten „midface lift“ auf (■ **Abb. 5**).

Wir sehen in unserer Sprechstunde immer mehr Patienten mit Stigmata nach dieser Operationstechnik, was dafür spricht, dass sich immer mehr chirurgisch tätige Kollegen am „midface lift“ versuchen.

Die Negativfolgen könnten einerseits die Folge davon sein, dass diese Operationsmethode mit dem Zugangsweg über das Unterlid per se mit folgenden Mängeln behaftet ist:

- Zugang über eine im Alter ohnehin schon geschwächte anatomisch-funktionelle Einheit,
- Zug am Periost, welches rigide ist und zuvor gelöst bzw. kaudal durchtrennt werden muss,
- mangelnde Befreiung der Haut von den subkutanen Muskelninsertionen und „retaining ligaments“ usw.

Andererseits ist es auch denkbar, dass diese Technik in den meisten Fällen falsch und insuffizient durchgeführt wird (mangelhafte Präparation und Lösen des Periostlappens, insuffiziente zygomatikale Aufhängung etc.).

In dem hier beschriebenen Fall führte ein auswärtig durchgeführtes „midface lift“ zu folgendem Resultat (■ **Abb. 5a,c,e**):

- abgerundete laterale Kanthuswinkel,
- Unterlidektropium mit „scleral show“, links > rechts,
- aufgeschobenes Gewebe, rechts suprazygomatikal („midface“-Fixierung am Periost?),
- keine ästhetische Verbesserung im Wangenbereich,
- Rhytidose der Hals-Wangen-Region („Hamsterbacken“),



Abb. 4 ▲ a Schäden im Bereich des Haaransatzes aufgrund falscher Schnittführung bzw. Wegstraffen der Haare (präoperativ). b Planung der Mikrohaartransplantation



Abb. 5 ▲ a,c,e Jeweils präoperativer Befund. b,d,f Zustand nach Korrektur

- Zustand nach einer Oberlidblepharoplastie (alio loco) fünf Jahre zuvor mit residual nasal herniertem Fettgewebeprolaps.

■ **Abb. 5b,d,f** zeigen das Ergebnis der Korrektur mittels „extended“ Face-Neck-Lift („sec. go“) mit Narbenlösung und Beseitigung der Vorschäden (auch der suprazygomatikalen Aufwerfung), SMAS bzw. Wangenhebung im Sinne eines „high SMAS“ zur Entlastung der Unterlider sowie beidseitiger lateraler Kanthopexie, welche den kompletten Lidschluss wiederherstellen.

Fazit

Die Wiederherstellung des natürlichen Erscheinungsbilds und die Beseitigung stigmatisierender Residuen stellen eine große Herausforderung an das Können, die Erfahrung und das ästhetische Empfinden des zur Korrektur hinzugezogenen plastischen Chirurgen dar. Vielfach gelingt es im weiteren Behandlungsverlauf, in Zusammenarbeit mit hochspezialisierten Kollegen anderer Fachrichtungen – die narbenkorrigierende und den Hautturgor beeinflussende Gewebe- und Laserbehandlungen, autologe Mik-

rohaartransplantationen, medizinische Tätowierungen, Hautbehandlungen etc. durchführen – die Ergebnisse noch weiter zu perfektionieren und den „traumatisierten“ Patienten zu einem unbeschwerteren Lebensgefühl zurück zu verhelfen. Sogenannte „Innovativität“ und „Minimal-Invasivität“ dürfen ebenso wie die Unerfahrenheit des behandelnden Arztes mit Operations- oder Behandlungsmethoden nicht auf Kosten des Resultats oder der Patienten gehen. Es gibt kein schlimmeres Erlebnis, als einem vorbehandelten Patienten mit irreversiblen Schäden gegenüber zu stehen und ihm mitteilen zu müssen, dass es wohl keine weiteren Möglichkeiten gibt, ihn von seinen Stigmata zu befreien.

Korrespondenzadresse

Dr. C. Schrank



Aesthetik am Ammersee,
Privatklinik Dr. Schindlbeck
Seestr. 43, 82211 Herrsching
am Ammersee
info@levy-schrank.com

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Mitz V, Peyronie M (1976) The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg* 58(1):80–88
- Skoog T (1974) The aging face. In Skoog T (ed) *Plastic surgery – new methods and refinements*, WB Saunders, Philadelphia, pp 330–331
- Connell BF (1981) Eyebrow and forehead lifts. In: *Male aesthetic surgery*, CV Mosby CO, St. Louis, chapt. 22, pp 243–251
- Connell BF, Lambros VS, Neurohr GH (1989) The forehead lift: techniques to avoid complications that produce optimal results. *Aesthetic Plast Surg* 13:217–237
- Connell BF, Marten TJ (1991) The male forehead-plasty. Recognizing and treating aging in the upper face. *Clin Plast Surg* 18:653–687
- Schrank C, Levy Y (2010) Moderne Behandlung des alternden Gesichts: »Face-Neck«-Lift mit SMAS und Stirnlift sowie das »upper face lift«. *Derm* 3:182–194
- Schrank C, Levy Y (2010) Facelift – state of the art. *Haut* 2:56–59
- Sundine MJ, Kretsis V, Connell BF (2010) Longevity of SMAS facial rejuvenation and support. *Plast Reconstr Surg* 126(1):229–237
- Levy Y, Kalthoff S, Ullmann Y (2003) Quintessenz aus 4000 super extended Face Neck Lifts mit dynamischem SMAS (The way I do it). *Magazin für Ästhetische Chirurgie* 3:10–21
- Kaye BL, Connell BF, Mc Kinney P (1998) Complications of face lift surgery. *Aesthet Surg J* 18(1):45–49
- Schrank C, Levy Y (2009) Die Neuralgie des N. auricularis magnus (NAM) nach Face-Neck-Lift – eine beherrschbare Komplikation. *J Ästhet Chir* 2:37–40
- Lemmon L (1983) Clinics in plastic surgery: aesthetic neck lift: complications in rhytidectomy. *WB Saunders* 10(3):460
- Levy Y, Bull H, Schrank C, Arlt A (2009) Das Super-extended Face-Neck-Lift mit dynamischem SMAS. Die bewährte Basisoperation zur Behandlung des alternden Gesichts. *J Ästhet Chir* 2:115–122
- Levy Y, Arlt A, Muggenthaler F (2004) Face-Neck-Lift – Risiken und Komplikationen und wie man sie vermeidet bzw. behandelt. *Magazin für Ästhetische Chirurgie* 4:10–15
- Furnas D (1987) The retaining ligaments of the cheek. *Plast Reconstr Surg* 11:163
- Schrank C, Levy Y (2009) Das „upper face lift“. *J Ästhet Chir* 3:115–122
- Schrank C, Levy Y, Halsner U et al (2005) Das subkutane Stirn-Brow-Schlafen-Lift mit „hairlinecut“ als Methode der Wahl – kritische Analyse der verschiedenen Methoden. *Magazin für Ästhetische Chirurgie* (2):14–21
- Marten T (2008) High SMAS facelift: combined single flap lifting of the jawline, cheek, and midface. *Clin Plast Surg* 35(4):569–593
- McCullough EG, Scurry WC, Shirazi MA (2011) The „midface-lift“ as a misnomer for correctly identifying procedures designed to lift and rejuvenate the cheeks and malar regions of the face. *Arch Facial Plast Surg* 11(4):257–262

Europäische Normung in der ästhetischen Chirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGhNO KHC) spricht sich gegen die Bestrebungen des Europäische Komitees für Normung (CEN) aus, in der ästhetischen Chirurgie Standards auf europäischer Ebene zu entwickeln. Nach Meinung der Gesellschaft widersprechen diese den in Deutschland geltenden weiterbildungsrechtlichen Grundlagen und führen zu überflüssigen Parallelstrukturen. Widersprüche ärztlicher Standards auf europäischer Ebene gegenüber gewachsenen nationalen Standards lassen zudem einen Qualitätsverlust befürchten und rufen rechtliche Unsicherheiten hervor, so die Fachgesellschaft.

Die Entwürfe des CEN ordnen Leistungen in der ästhetischen Chirurgie überwiegend Fachärzten für plastische und ästhetische Chirurgie zu. Dies grenzt Fachgebiete, die sich intensiv mit ästhetischer Chirurgie beschäftigen, von ästhetisch-chirurgischen Eingriffen aus. Davon ist vor allem die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde betroffen.

Die hiesigen Ausbildungs- und Weiterbildungsstandards stellen sicher, dass in der plastischen und ästhetischen Chirurgie operative Eingriffe von entsprechend ausgebildeten Ärzten durchgeführt werden, weshalb Normierungen auf europäischer Ebene strikt abzulehnen sind, so die DGhNO KHC.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn, www.hno.org