



Operatives Facelift

„Eher die fortgeschrittenen Fälle kommen heute unters Messer“

Dr. Klaus Hoffmann, Dermatologe an der Universitätshautklinik Bochum, führt seit rund drei Jahrzehnten operative Facelifts durch. Im Interview erklärt er, worauf es dabei ankommt.

Herr Dr. Hoffmann, woran stören sich Patientinnen und Patienten, die für ein potenzielles Facelift zu Ihnen kommen, am häufigsten?

Dr. Klaus Hoffmann: Klassischerweise kommen die Patientinnen und Patienten mit einer Marionettenfalte oder allgemein wegen Bereichen im Gesicht, in denen es zu einer Erschlaffung der Haut beziehungsweise des Bindegewebes und zu einer Verschiebung oder einem Verlust des Fettgewebes gekommen ist.

Gibt es auch Fälle, bei denen Sie eine OP ablehnen?

Hoffmann: Ja, bei Patientinnen und Patienten, die zu jung dafür sind, aber explizit den Wunsch nach einem Facelift haben. Häufig leiden diese Patienten unter einer körperdysomorphen Störung. Wir Dermatologinnen und Dermatologen haben den Vorteil, dass wir diesen Patientinnen und Patienten mit anderen Methoden helfen können, ohne sie gleich zu operieren. Zum Beispiel kann mit einem Laser die Haut gestrafft oder mit Fillern das Volumen zurückgegeben werden.

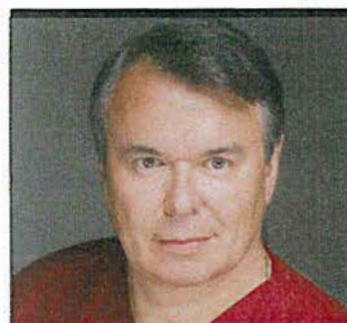
Ich selbst führe im Gegensatz zu früher deutlich weniger Facelifts durch, aufgrund der Möglichkeiten, die uns die modernen Filler gegeben haben. Inzwischen gibt es Volumenfiller, die uns vor 15 Jahren in dieser Qualität noch nicht zur Verfügung gestanden haben. Mit ihnen können wir zu-

sammengefallene, entvoluminisierte Gesichter wieder revoluminisieren und somit viele Facelifts zumindest weiter nach hinten schieben. Heutzutage sind es eher die fortgeschritteneren Fälle, die unters Messer kommen.

Je nach Lebensalter, Hauttyp und Problemzonen können verschiedene Facelift-Techniken, vom Mini-Facelift über SMAS („superficial muscular aponeurotic system“) und MACS („minimal access cranial suspension“) bis zum großen Facelift, eingesetzt werden. Können Sie einen Überblick über die verschiedenen Methoden geben?

Hoffmann: Beim großen Facelift wird vom Hals bis hinter das Ohr und auch die Stirn mit gestrafft. Das wird nur von wenigen hochspezialisierten Chirurginnen und Chirurgen durchgeführt. Deutlich häufiger kommen jedoch die Mini-Facelifts zum Einsatz. Beim Mini-Facelift, auch S-Lifting genannt, werden lediglich Teilbereiche des Gesichts gestrafft, meist im Wangen- und Halsbereich. Dabei wird eigentlich immer ein SMAS-Lift mit vorgenommen.

Beim SMAS wird die große bindegewebige Faszie gestrafft, die das Mittelgesicht umspannt und im Alter erschlafft. Im Gegensatz zur Skelettmuskulatur haben die Gesichtsmuskeln mit Ausnahme des M. masseters keine eigene Faszie, sondern eine gemeinsame, nämlich das SMAS.

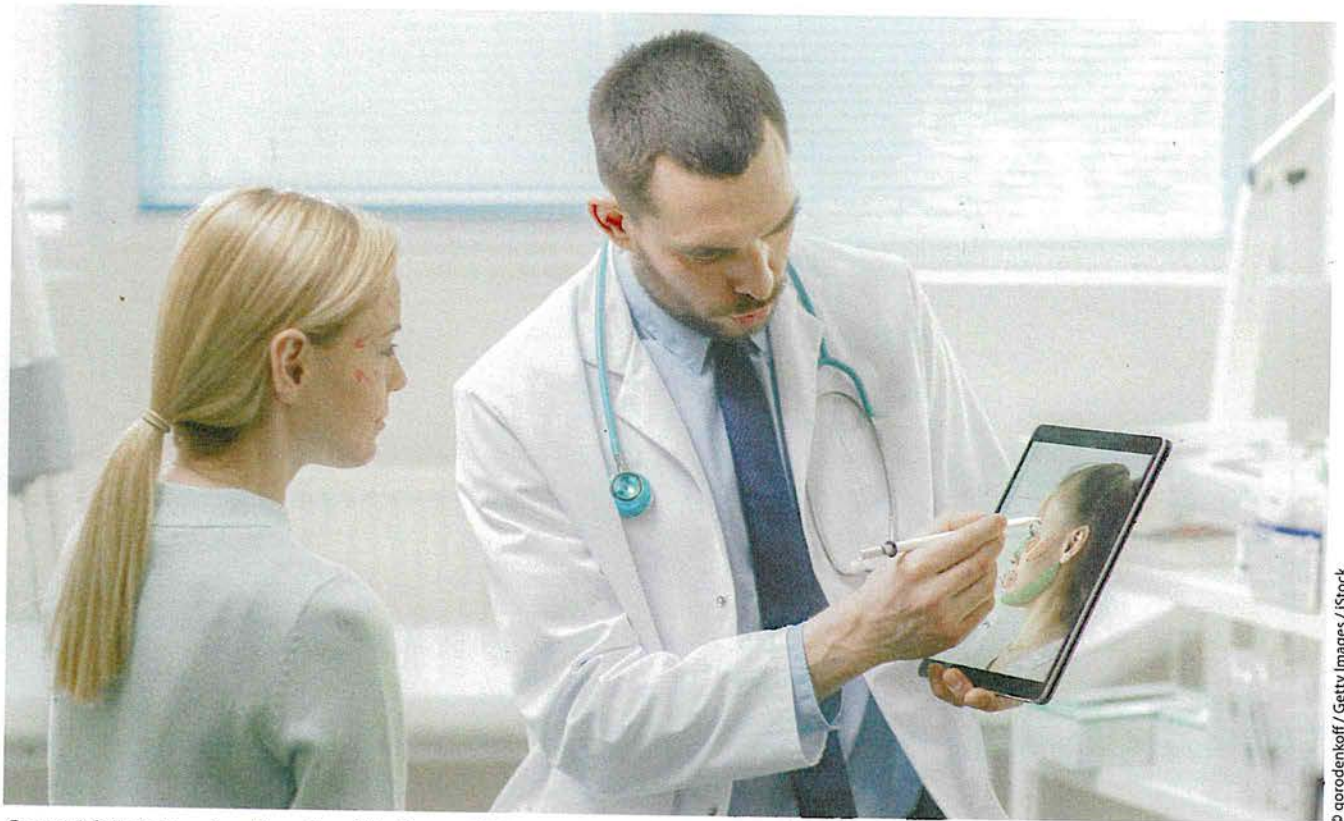


© K. Hoffmann

Dr. med. Klaus Hoffmann

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Leiter der Abteilung für ästhetisch operative Medizin und Zentrum für Lasermedizin (ZELM)
Hautteam Bochum,
St. Josef Hospital
Katholisches Klinikum Bochum
Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Bei dieser Methode wird Gewebe oberhalb der Parotisfaszie weggenommen. Wird das Gewebe dann zielgerichtet adaptiert, kann auf diese Weise schon eine gewisse Spannung auf das Gesicht gebracht werden, da schon viel durch die SMAS-Nähte wieder in die richtige Position gezogen wird.



© garodenkoff / Getty Images / iStock

Ganz wichtig beim operativen Facelift: die sorgfältige Aufklärung der Patientinnen und Patienten

Wenn dann die Haut, die ich vorher freipräpariert habe, wieder zurückgeklappt wird, liegt diese wie ein Lappen über dem Ohr. Jetzt muss nur noch die Haut eingetrimmt und alles wieder mit feinsten Nähten eingepasst werden. Die Spannung, die man in das Gesicht bringen will, wird also in die bindegewebige Struktur aufgenommen, sodass auf die Haut möglichst wenig bis gar keine Spannung kommt. Ein Mini-Facelift ohne diese SMAS-Naht wird selten vorgenommen. Sie ist einfach durchzuführen und risikoarm. Die MACS ist eher ein Kunstbegriff und nichts wirklich Neues. Dabei werden langsam resorbierende Fäden in die muskuläre beziehungsweise bindegewebige Schicht des Gesichts eingebracht und im Bereich der Schläfe fixiert.

Welche Nachteile gibt es, welche Komplikationen können auftreten?

Hoffmann: Je größer die Operation, desto größer die Nebenwirkungen. Wenn man sich die größte denkbare Form eines Facelifts betrachtet, mit einem Hairline-Cut hinter dem Ohr zur Halsstraffung und einem kompletten Hairline-Cut auf der Stirn zur

Stirnstraffung sowie einer Präparation weit ins Mittelgesicht hinein, kann man sich natürlich leicht vorstellen, dass die Patientinnen und Patienten zum Teil auch überstraft aussehen können. Ein schönes Beispiel dafür sind die Schauspieler Mickey Rourke und Sylvester Stallone.

Mit dem Rückgang der Haare im Alter und/oder einer Wundheilungsstörung können die Narben später einmal sichtbar werden. Hinzu kommt: Je weiter ich einen Patienten oder eine Patientin bei einem Facelift aufmache, desto größer ist das Risiko für eine Nervenverletzung.

Zum Glück kommen solche Verletzungen jedoch sehr selten vor. Ganz häufig sind es nur kleine Läsionen, die an den Nerven gesetzt werden, durch Hämatome oder durch Hitze bei der Blutstillung, sodass der Nerv lediglich geschwollen, aber nicht dauerhaft beschädigt ist. Da wir im Gesicht unterwegs sind, heilt normalerweise alles recht gut und auch Wundheilungsstörungen treten eher selten auf.

Wie lange halten die Behandlungseffekte an?

Hoffmann: Jeder Mensch altert individuell weiter. Es kommt auf genetische Faktoren an, aber auch darauf, ob eine Person in die Sonne geht, raucht, Alkohol trinkt, wenig schläft, sich ungesund ernährt oder im Stress ist. Letztlich ist es schwierig zu sagen, wie lange eine Operation hält, denn zur Haltbarkeit tragen die Patientinnen und Patienten selbst mit bei. Alles hat ein Operateur trotz größter Sorgfalt nicht selbst in der Hand.

Welche Kombinationsbehandlungen beim operativen Facelift sind möglich, etwa mit Laser, Filler oder Botoxinjektionen?

Hoffmann: Die wahrscheinlich beste Lösung liegt meist in der Kombination der Techniken. In fast allen Fällen ist die Kombination mit Fillern sinnvoll und kaum mehr wegzudenken. Mit dem Facelift wird den Patienten zwar die Haut gestrafft, der Volumenverlust – etwa über dem Jochbein oder in den Marionettenfalten – bleibt aber bestehen. Es können aber auch andere Methoden zur Hautstraffung zum Einsatz kommen: von der Radiofrequenzmethode über das Microneedling bis hin zum CO₂-Laser.

Es ist natürlich toll, wenn man zwischen diesen „energy-based devices“ wählen kann. Bei einem Mini-Facelift zum Beispiel muss ich dann nicht auch noch die Haut unter den Augen aufschneiden, sondern kann dort mit dem Laser straffen. Bei dünner Haut um die Augen und den Mund kommt bevorzugt der CO₂-Laser zum Einsatz, an den Wangen eher Radiofrequenz in Kombination mit Microneedling. Wir verwenden auch gerne einen Lipolaser, der mittels eingebrachter Hitze die Haut am Hals strafft.

Welche Kontraindikationen der operativen Gesichtshautstraffung gibt es?

Hoffmann: Die wichtigste Kontraindikation ist die Körperdysmorphie Störung, sodass ein Facelift gar nicht gebraucht wird. Und dann gibt es viele Dinge aus der klinischen Dermatochirurgie, von der Einnahme von Blutverdünnern bis hin zur Bindegewebs-erkrankung, die die Komplikationsrate erhöhen können.

Wie bei jeder anderen Operation auch, muss im Einzelfall abgewogen werden. Jedoch müssen in unserem Fach besonders strenge Kriterien angelegt werden, denn wir haben es mit einer gesunden Patientenklinteil zu tun, die, in Führungsstrichen, nur schöner werden will; Nebenwirkungen werden daher ungern hingenommen. An die Aufklärung – und hier meine ich ganz besonders die Aufklärung bei kombinierten Methoden – müssen daher besonders hohe Anforderungen gelegt werden.

Wie teuer sind operative Facelifts?

Hoffmann: Selbst, wenn man gut ist, wird man beim Mini-Facelift etwa zwei bis drei Stunden benötigen, plus Vor- und Nachsorgen. Deshalb gehen die Kosten bei uns in der Klinik ab 6.000 Euro los. Einfach gesagt: je größer, desto teurer.

Wie können Kolleginnen und Kollegen das Know-how hierfür erwerben?

Hoffmann: Beim Facelift findet während der Ausbildung keine frühe Spezialisierung statt. Nicht jeder beherrscht es, an Nase, Augen oder gar Händen zu operieren und noch dazu Laser und Filler anzuwenden. Wenn alles gleichzeitig erlernt werden soll, kommt manchmal auch nicht die nötige Anzahl an Eingriffen zusammen, die zur Übung und zum Können nötig sind.

Zudem muss auch das Team um den Operateur eine ausreichend gute Qualifikation mitbringen, sonst fallen die Ergebnisse einfach nicht so toll aus. Viele Kolleginnen und Kollegen beherrschen deshalb häufig eine bestimmte Technik besonders gut.



Eine Fillerbehandlung kann eine gute Alternative zum Facelift sein – oder eine sinnvolle Ergänzung.

Es ist auch leider nicht so, dass die gesamte ästhetische Chirurgie in der Facharzt-ausbildung – sei es in der Dermatochirurgie oder in der plastischen Chirurgie – ausreichend gut erlernt wird. Unbestritten haben plastische Chirurginnen und Chirurgen mehr Übung mit Nadel und Faden und können damit in der Regel besser umgehen als viele Dermatologinnen und Dermatologen, die ja auch viele andere Dinge lernen müssen.

Aber es gibt beim operativen Facelift keine Exklusivität für irgendein Fach. Der Dermatologe zum Beispiel wird über größere Kenntnisse verfügen, was Dinge wie Laser und „energy-based devices“ als auch Filler oder Botox betrifft.

Erst nach der Facharzt-ausbildung muss jede beziehungsweise jeder eine wirkliche Qualifikation erwerben. Man muss schon schauen, dass man sich eine Lehrerin oder einen Lehrer sucht, bei der oder dem man zuschauen und mitarbeiten kann. Und da nicht alle alles können, ist es sinnvoll, verschiedenen Leuten über die Schulter zu schauen – das Grundgerüst sollte natürlich sitzen.

Für die chirurgischen Grundlagen empfiehlt sich auch ein Kontakt mit der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie. Und dann kann man sich ein spezialisiertes Zentrum für Ästhetik suchen. An der Universitätshautklinik Bochum beispielsweise bieten wir beide Fächer mit getrennten Chefarzten an.

Wie haben Sie sich die Techniken angeeignet?

Hoffmann: Ich habe mein Handwerk gelernt, indem ich in der Hautklinik von An-fang an operiert habe. Dann hat mein fröhlicher Chef, Prof. Peter Altmeyer, mich wie einen Handwerksburschen von Klinik zu Klinik geschickt, zu allen Disziplinen, die man sich vorstellen kann.

Als ich vor 35 Jahren angefangen habe, gab es das Fach plastische Chirurgie noch nicht und niemand hat beanstandet, dass wir Dermatologen unsere Operationen selbst machen. Viele vergessen, dass wir früher maligne Melanome mit circa fünf Zentimeter Sicherheitsabstand und tagtäglich große Plastiken operiert haben. Als es noch keine Hautkrebsfrüherkennung gab, haben wir außerdem zum Teil sehr große Tumoren im Gesicht behandelt und mussten bei der Entfernung riesige Löcher in die Köpfe hineinschneiden. Diese mussten dann auch irgendwie wieder zugemacht werden, entweder mit großen Schwenk-beziehungsweise auch Wanderlappen oder mit anderen Techniken. Dadurch waren wir frühzeitig dazu gezwungen, größere Operationen gerade auch im Gesicht durchzuführen.

So hat sich in der Dermatologie eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten entwickelt, die auch die großen ästhetischen Operationen beherrscht. Irgendwann kamen die plastischen Chirurgen dazu und haben diesen Bereich für sich reklamiert – manchmal sehr lautstark und nicht selten gefühlt unberechtigt.

Aber egal aus welchem Fach: Wer es gelernt hat, soll es tun – und viele Dermatologinnen und Dermatologen lernen es über die Hautkrebschirurgie. Aus meiner Sicht brauchen wir auch in Zukunft gut ausgebildete Dermatochirurginnen und -chirurgen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Dr. Nicola Zink.