

Dr. Bernd Hontschik, Frankfurt am Main

Die gestörte Wundheilungsstörung

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen,

ich bedaure sehr, dass ich wegen Krankheit nicht an dieser Tagung teilnehmen kann. Meine alte Verbundenheit mit Herrn Dr. Bühler hat mir das besonders schwer gemacht, aber es hat sich leider so ergeben.

Herr Dr. Bühler wird einen gekürzten Text vorlesen, ohne die zugehörige Präsentation. Ich hoffe, dass Sie auf diese Weise eine Idee bekommen, worüber ich mit Ihnen sprechen wollte.

Wenn man sich mit Wundheilung beschäftigt, kann man nicht anders, als diesen Vorgang als ein Wunder zu bezeichnen. Sprachgeschichtlich hat Wunder aber nichts mit Wunde zu tun. Es findet sich das Adjektiv ‚wunt‘ erstmals im 9. Jahrhundert im Althochdeutschen, seine etymologische Herkunft liegt völlig im Dunkeln und ist wahrscheinlich eine Mischung aus dem altenglischen ‚waen‘, womit ein Geschwulst oder eine Beule von einem Schlag gemeint ist, wiederum vermischt mit dem walisischen ‚gweint‘, womit ‚ich durchbohrte‘ gemeint ist. Insgesamt hat sich auf diesem Hintergrund bis zum 16. Jahrhundert in der deutschen Sprache die Bedeutung von ‚wund‘ als ‚durch Schlagen verletzt‘ durchgesetzt.

In der heutigen deutschen Sprache bezeichnet man mit dem Wort ‚Wunde‘ jede offene Hautverletzung, allerdings ohne ätiologische Festlegung, ohne Hinweis auf die Ursache.

Jeder Arzt und insbesondere jeder Chirurg hat mit Wundheilungsstörungen und chronischen Wunden zu tun, und jeder hat seine Medikamente, seine Methoden und Tricks, um der Wundheilung in diesen Fällen auf die Sprünge zu helfen, im Einzelfall mehr oder weniger erfolgreich. Die chronischen Wunden, die Wundheilungsstörungen, sind keine wirkliche Seltenheit. Man geht davon aus, daß in Deutschland mehr als 2 Millionen Patienten von dieser Katastrophe betroffen sind.

Als ich mich vor über 20 Jahren niedergelassen habe und meine Praxis in der Frankfurter Innenstadt langsam anlief, hatte ich neben vielen anderen Sorgen ein ganz spezielles Problem, das Sie vielleicht auch aus Zeiten des beruflichen Neustarts kennen: Eine nicht unerhebliche

Zahl von Patienten wurde von ihren Hausärzten geschickt oder kam auf eigene Initiative, die von einer langen Leidenszeit zu berichten wußten, zum Teil mit aktenartigen Sammlungen von Befunden, Röntgenbildern und Arztbriefen in der Tasche. Sie konfrontierten mich mit großen Hoffnungen, man habe von mir schon gehört, man habe nur darauf gewartet, daß ich endlich meine Praxis eröffne, der Hausarzt schwöre auf mich. Das war natürlich Blödsinn, auf mich hatte niemand gewartet. In der unsicheren Situation meines Praxisstarts mit bestenfalls halbvollem Wartezimmer war ich dennoch leicht anfällig für derlei Schmeicheleien, aber ein Berufsanfänger war ich ja zum Glück auch nicht mehr. Rasch konnte ich hören, lesen und sehen, daß es sich um Sackgassen-Geschichten handelte, aus der auch ein so überaus genialer Chirurg wie ich keinen Ausweg wußte. Deswegen ebte diese Welle auch nach einigen Monaten wieder ab. Einige Patienten sind mir aus dieser Zeit in Erinnerung geblieben, und von einem möchte ich Ihnen berichten:

Im Untersuchungsraum treffe ich auf ein Ehepaar, Mitte dreißig. Patient ist der Mann, die Frau trägt die Akten. Der Mann ist mit einem Sweatshirt und Trainingsanzug gekleidet, was mir weder für die Situation noch für die Jahreszeit (es ist Hochsommer, heiß) angemessen erschien. Er schien bedrückt, schaute auch beim Sprechen auf den Boden. Seine Frau schien hingegen der Sonnenschein in dieser Beziehung zu sein, zugewandt, redengewandt und optimistisch.

Der Patient hatte in einem Gartenbaubetrieb vor 8 Jahren einen Arbeitsunfall erlitten. Beim Gebrauch einer Kettensäge zur Zerkleinerung von großen Ästen rutsche diese ab und bohrte sich tief in seinen rechten Unterschenkel. Er wurde mit dem Hubschrauber in eine nahe Unfallklinik transportiert, wo es in einer mehrstündigen Operation gelang, wichtige Strukturen so weit zu rekonstruieren, daß das Bein erhalten werden konnte. Nach 7 Wochen wurde er in eine Rehabilitationsklinik verlegt, wobei die folgenden Symptome im Vordergrund standen: eine Muskelatrophie, eine Peronäuslähmung, eine ulcerierende, eitrig Wundheilungsstörung etwa in Mitte der insgesamt etwas über 40 cm langen Narben am rechten Unterschenkel. Die Muskelatrophie konnte durch intensive physikalische Therapie zufriedenstellend gebessert werden, die Peronäuslähmung wurde mittels Schienenprothetik soweit ausbalanciert, daß der Patient wieder erträglich gut gehen lernen konnte, an dem eitrigem Ulcus aber scheiterten alle therapeutischen Bemühungen. In den 8 Jahren bis zur Konsultation bei mir war es zu insgesamt 15 stationären Aufenthalten in verschiedenen chirurgischen, internistischen und naturheilkundlichen Kliniken gekommen, bis er vor drei Jahren, wie er es nannte, ‚aufgab‘. Man habe keinen Grund gefunden für die Unheilbarkeit

seines Geschwürs, die Durchblutung sei dort ausreichend, die Laborwerte, auch die komplizierten und teuren, seien alle in Ordnung. Er fühle sich wie ein Abreißkalender in der letzten Dezemberwoche. Seine Arbeit habe er natürlich verloren. Die Unfallrente, um die er sich mit der Berufsgenossenschaft noch vor dem Sozialgericht hatte streiten müssen, zusammen mit dem Arbeitslosengeld, betrage weniger als die Hälfte seines früheren Einkommens. Das Versorgungsamt lasse ihn mit einem Grad der Behinderung von 40 Prozent hängen, ein Rentenantrag sei mehrfach abgelehnt worden. Auch dabei habe er vor einiger Zeit aufgegeben. Ihm sei inzwischen alles egal oder alles recht, wenn nur das Geschwür endlich zuheilen würde.

Damit war offensichtlich das Stichwort gegeben, das seiner Frau, die bisher geschwiegen hatte, den Einsatz gab. Sie bugsiierte ihren Mann auf die Untersuchungs-liege und zog das rechte Hosenbein des Trainingsanzugs hoch. Sie entfernte die Peronäusschiene und zog ihm den rechten Strumpf aus, einen Kniestrumpf. Zwei elastische Binden wickelte sie ab, dann bat sie mich um eine Verbandsschere, um mehrere Lagen von Mullbinden aufzuschneiden. Meine Hilfe lehnte sie ab, sie wisse schon, wie man das mache, sie habe schließlich jahrelange Übung. Zum Schluß hob sie eine Lage von Gelkompressen von der lateralen Unterschenkelfläche ab, warf sie in den bereitgestellten Verbandsmülleimer, drehte sich wieder zu ihrem Mann um und wies mit beiden Händen auf die handteller-große gelblich belegte Wundfläche: „Hier, sehen Sie!“

Was ich sah, entsprach in etwa dem üblen Geruch, der jetzt den Raum erfüllte, wie ihn nur der *Staphylococcus aureus* verursachen konnte. Seine Ehefrau zeigte sich davon ganz unbeeindruckt. Ihre Bewegungen und ihr Ausdruck beim Entfernen der letzten Verbandsschicht hatte mich an das Gehabe von Kellnern in einem Drei-Sterne-Lokal erinnert, die die silbernen Metallhauben von den Tellern des Hauptganges abheben und jetzt mit den Ahhs und Ohhs der Gäste rechnen.

In diesem Moment kam es plötzlich zu einer Art rasanter Beziehungs-Neukonstellation im Raum. Bis jetzt hatte der Patient mir nur depressive Geschichten erzählt, die Ehefrau hatte die Regie geführt, ich war schon damit beschäftigt, wie ich mich am Ende wohl in die lange Reihe der medizinischen Versager eingereiht haben würde, ohne mein Gesicht ganz verloren zu haben. Kaum lag die Wunde offen da, war alles schlagartig ganz anders:

Wie ein Feuerwerk begann eine Diskussion der Eheleute, beide die Köpfe über die Wunde gebeugt, über Größe, Grenzzonen und Farbnuancen der einzelnen Wundabschnitte, jede einzelne Granulationsinsel wurde mit ihrem gestrigen und vorgestrigen Zustand verglichen und gewürdigt. Die Frau strich mit einer Kompresse zärtlich über eine Granulationszone, und

die entstehende Blutung löste bei beiden echte Freude aus. Selten darf man live an so viel Glück und Verbundenheit in einer Beziehung teilnehmen. Zuerst dachte ich, ich sei hier wohl überflüssig und wurde ärgerlich. Das war aber ein Irrtum, ich wurde hier als Zuschauer wirklich gebraucht. Beide wandten sich jetzt gemeinsam an mich, zeigten mir die Details der Wunde, beschrieben die Entwicklung in der letzten Zeit, baten um Verbandsmaterial und die entsprechenden Rezepte.

Ich will die Geschichte hier erst einmal anhalten:

Alle organischen Voraussetzungen zur vollständigen Wundheilung sind bei dem Patienten gegeben. Er ist jung, er hat weder Diabetes noch eine Gefäßerkrankung, seine erfaßbaren Blutwerte sind in Ordnung, keine Zelle zu wenig, keine zuviel. Dennoch ist der wundervolle Prozeß der gelungenen Wundheilung schwer gestört. Diese Störung betrifft aber nicht den ganzen Prozeß insgesamt, sondern es gibt in diesem Kreis **eine Blockade an einer** ganz bestimmten Stelle, in diesem Fall an dem Schritt der Bildung von Funktions- oder Narbengewebe aus dem Granulations- und Fasergewebe heraus.

In der Integrierten Medizin, auf die ich jetzt (weil nicht anwesend) nicht weiter eingehen kann, achten wir auf die Passung und die Zeichen. Wenn es zu Krankheit oder zu einer Heilungsstörung kommt, suchen wir nach einer Passungsstörung und betrachten die Zeichen, soweit wir sie wahrnehmen können. (Hontschik 2012)

Wenn wir eine Änderung im Krankheitsgeschehen erreichen wollen, suchen wir danach, eine gemeinsame Wirklichkeit mit dem Patienten zu finden.

Erste These:

Natürlich ist nicht jede Geschichte einer Wundheilungsstörung so auffallend wie die bisherige Fallgeschichte. Aber jede einzelne Geschichte einer Wundheilungsstörung ist ein immer wieder neuer Beweis dafür, daß der Mensch keine triviale, zweigliedrige Ursache-Wirkungs-Maschine ist. Die trivialen Vorgänge, die Regelkreise könnten eigentlich ungestört ablaufen, die Enzyme und Mediatoren könnten eigentlich ungestört arbeiten und zielgerichtet ineinandergreifen. Wäre die Wundheilung ein derart trivialer Vorgang, dann gäbe es keine Wundheilungsstörung bei meinem Patienten.

Zweite These:

Passung ist etwas äußerst Vielschichtiges, wir sprechen deshalb von verschiedenen Passungsebenen. Passungen zwischen Molekülen, zwischen Zellen, zwischen Organen, zwischen Organen und ihrem Organismus, zwischen verschiedenen Organismen, zwischen Organismus und Umwelt usw. usw. Wenn Gesundheit die gelungene Passung auf all diesen Ebenen darstellt, dann ist es im Krankheitsfall die Aufgabe des Arztes, die entscheidende Ebene der Passungsstörung zu lokalisieren. Ich helfe mir an dieser Stelle immer mit dem Begriff des *Adäquaten*, wobei ich mir bewußt bin, daß ich damit in eine gefährliche Nähe des sogenannten ‚gesunden Menschenverstandes‘ komme. Ich stelle mir vor, was adäquat ist, versuche dabei aber nicht zu vergessen, daß ein Irrtum genauso wahrscheinlich ist wie ein Treffer. Bei einer Wunde rechne ich z.B. mit einem Patienten mit Schmerzen, der vielleicht weint. Ich rechne mit Fragen wie „wie konnte mir das passieren?“, „wann werden die Fäden gezogen?“, „wann kann ich wieder duschen?“, „kann ich damit Autofahren?“, oder vor einer Operation „wird das weh tun?“. Das scheint mir adäquat, ich würde erst mal keine Passungsstörung vermuten. Ich rechne nicht mit dem Schauspiel einer Beziehungsgorgie an der offenen Wunde, ich rechne nicht mit dem Verbandswechsel als Zeremonie, als komplexem Ritual, ich rechne nicht mit der Krankheit als Quelle gemeinsamen Glücks. Das halte ich für inadäquat, da vermute ich eine Passungsstörung. Nur weiß ich jetzt noch lange nicht, wo diese Passungsstörung liegt.

Dritte These:

Im Falle der Wundheilungsstörungen kann man bei der Suche nach der Passungsstörung auf eine Reihe von ausgearbeiteten Konzepten zurückgreifen, die u.a. auch von der Beschäftigung mit selbstbeschädigenden Patienten und von Patienten mit Osteomyelitis stammen, wobei ich besonders die Konzepte von Plassmann, von Klemm und von Küttemeyer erwähnen will. Da findet man

- bei **Plassmann** die Idee von den Zonen im Körperselbst: aufgezählt werden tote Zonen, fusionäre Zonen, Spaltungszonen und Entwertungszonen im Körperselbst – man kann also darauf achten, ob so etwas wie eine Zonenbildung überhaupt fühlbar wird. Patienten mit solch chronischen Wunden betrachten ihr betroffenes Körperteil wie ein fremdes - was man übrigens auch beim Sudeck häufig findet (Plassmann 1999);

- bei **Klemm** die Idee vom Eiter als Währung beim Bezahlen von alter, im der Tiefe stinkender Schuld, oder von Eiter als Machtmittel, wenn er in Beziehungen, z.B. auch zum Arzt, eingesetzt wird – man kann also darauf achten, ob die Wunde für eine andere Kommunikation gebraucht wird als für die Suche nach einem Weg zur Heilung (Winter-Klemm und Klemm 2003);
- bei **Kütemeyer** die Idee von der Wunde als Mund, die eine frühere oder vielleicht auch eine akute Verletzung so lange herauschreit, bis sie durch eine adäquate Traumaverarbeitung nicht mehr gebraucht wird und sich schließen kann, eben wie ein Mund – man kann also darauf achten, ob die Wunde spuckt oder geifert, austrocknet oder sabbert, blau, rot oder grün anläuft oder leichenblaß wird, sich unerwartet öffnet oder unerwartet schließt (Kütemeyer u.a. 2003).

Es gibt also Hinweise und Ideen, Passungsstörungen zu suchen, und manchmal findet man sie auch.

Ein ganz besonderer Hinweis ergab sich für mich aus einer Arbeit, die 1995 im Lancet veröffentlicht wurde (Kiecolt-Glaser u.a. 1995): die Wundheilung bei 13 Frauen, die nahe Angehörige mit fortgeschrittenem Alzheimer pflegten, wurde mit der Wundheilung einer Kontrollgruppe von 13 anderen Frauen verglichen. Bei den pflegenden Frauen dauerte die Wundheilung signifikant länger und, und das ist für mich das Besondere an dieser Arbeit gewesen, ein für die Wundheilung unverzichtbares Interleukin war bei diesen Patientinnen signifikant niedriger vorhanden. Nun ist die Zahl 13 gegen 13 keine, die große Schlüsse zuläßt, aber soviel darf spekuliert werden: bei der alle Intimschranken durchbrechenden Pflege naher Angehöriger, mit denen wegen der Demenz keinerlei Kommunikation mehr möglich ist, können auch die alten, dunklen Rechnungen, die sog. ‚Leichen im Keller‘, nicht mehr kommuniziert werden, mit den beziehungsunfähigen Angehörigen ist kein Austausch möglich. Gefühle werden wach, sie wachsen an, aber finden keinen Ausweg. Wunden können nicht mehr heilen, so oder so.

Vierte These:

Ich denke nicht, daß sich hinter jeder offene Wunde ein schreiender Mund versteckt, aus dem heraus sich die geknechteten Emotionen ihren Weg suchen. Auch will nicht jeder Patient mit chronischer Wunde damit alte Schuld abtragen oder Druck ausüben, um nur diese Beispiele zu nennen. Eine allgemeine Befassung mit dem Problem der Wundheilungsstörung, wie ich es

Ihnen bis hierher vorgetragen habe, darf nur ein Hilfsmittel sein, um die eigene Kreativität und Fantasie für die eigentliche ärztliche Tätigkeit freizusetzen, nämlich für die Herstellung einer gemeinsamen Wirklichkeit zwischen Arzt und Patient, um in diesem Passungsvorgang einen therapeutischen Weg zu finden. Dieser Passungsvorgang zwischen Arzt und Patient ist immer einzigartig und individuell. Er gehorcht nie einem bestimmten Konzept, das wir konstruiert haben. In diesem Passungsvorgang sollte man die vorhandenen Konzepte nur als anregende Konstruktionen mitnehmen, so wie die Leukozytenzahl oder der Interleukin-Titer eine anregende und zielführende Konstruktion sein kann, vielleicht auch das Ergebnis eines Abstriches. Über all das muß man als Arzt, der Patienten mit Wundheilungsstörungen behandeln will, wirklich Bescheid wissen. Für die konkrete Lösung eines Einzelfalles ist aber keines dieser Konzepte geeignet. Ich möchte nur davor warnen, diese Konzepte, die aus der Beobachtung oder Behandlung einer Krankheit wie der Wundheilungsstörung entstanden sind, umzudrehen und auf einen Einzelfall anzuwenden. Sie müssen stattdessen immer wieder ein neues Konzept konstruieren.

Da ich nicht weiß, ob ich mit meinen Thesen das ausdrücken konnte, was ich Ihnen heute gerne von meiner Arbeit erzählen wollte, berichte ich Ihnen jetzt noch, wie es mit meinem Fall weiterging:

Das Ehepaar war nach selbst angelegtem Verband und Entgegennahme von entsprechenden Rezepten verschwunden, ehe ich zu realisieren begann, das sich hier eben etwas ganz Seltsames abgespielt hatte. Das ganze Schauspiel ließ mich sehr ärgerlich zurück.

Sie kamen von da an jede Woche in die Verbandssprechstunde, die von einer erfahrenen chirurgischen Krankenschwester durchgeführt wird.

Trotzdem war ich nach 4 Wochen wieder dran, denn die Schwester rief mich, ich müsse mir etwas anschauen. Ich fand die beiden in der gleichen konzentrierten Haltung, die ich schon einmal erlebt hatte, über die Wunde gebeugt. Da war aber heute nichts Fröhliches: eine ernste, besorgte Stimme hatte die Frau, als sie mir zeigte, daß das Ulcus nur noch halb so groß war wie vor 4 Wochen. **Da sagte ich, daß sie sich wohl bald ein anderes gemeinsames Spielzeug suchen müßten, wenn Sie es weiter so interessant im Leben haben wollten.** Ich hatte das als flapsigen Scherz gemeint. Er löste eine Katastrophe aus. Die rasche Anlage eines Verbandes, wieder durch die Ehefrau, nicht durch die Schwester, hatte den Charakter des Zusammenraffens der Kleider, wenn man in einer peinlichen Situation ertappt worden ist. Bei dieser Flucht vergaßen sie sogar die Rezepte.

Wieder einige Wochen später fragte mich die Schwester nach diesen Patienten, und erst da merkte ich überhaupt, daß die Beiden seitdem nicht mehr gekommen waren, und auch danach nie wieder.

Wer aber nach vier oder fünf Jahren noch einmal wiederkam, war der Mann, alleine, diesmal wegen eines ganz anderen Unfalls, nicht wegen seines Unterschenkels. Diese Wunde war längst zugegangen. Erst auf mein Nachfragen hin zeigte er mir die Narbe, die zwar noch rot war und immer mal wieder brannte oder juckte, aber sie war geschlossen. *Ich* freute mich sehr, *der Patient* aber war dagegen eher gleichgültig, wie desinteressiert. Ich fragte ihn nach seiner Frau. Nach einer Pause sagte er, daß sie geschieden seien. Die Geschichte in aller Kürze: Zu dem Zeitpunkt, als er den Unfall hatte, schien gerade ein langwieriges Adoptionsverfahren, auf das sich das kinderlose Ehepaar eingelassen hatte, zum Erfolg zu kommen. Wegen seiner Verletzung und der langwierigen Erkrankung hätten sie es erst verschieben, später dann aber ganz aufgeben müssen. Es gab nur noch ein Thema: sein verletztes Bein, das nicht heilen wollte. Als sie damals von mir weggegangen seien, hätte er sich wie ein kleines Kind gefühlt, gemäßregelt, vorgeführt, hilflos und gekränkt. Von da an hätten seine Frau und er sich mehr und mehr gestritten, aber immer über seltsame Sachen, z.B. über Kindererziehung, obwohl sie doch gar kein Kind hatten. Irgendwann sei gar nichts mehr gegangen, sie hätten sich getrennt. Daß währenddessen seine chronische Wunde geheilt war, erwähnte der Patient bei diesem kurzen Gespräch nicht extra.

Ein paar kleine Bemerkungen noch zum Schluß, über die wir jetzt hätten diskutieren können:

- ... warum wird der Funktionskreis der Wundheilung gerade an einer ganz bestimmten Stelle gestoppt und nicht an einer anderen?
- ... was ist eigentlich Heilung? Ist es besser, ein lebendiger Ehemann mit offener Wunde am Bein zu sein, oder ist es besser, nach einer Scheidung – wenn auch mit geheilter Wunde - depressiv das Leben an sich vorbeiziehen zu lassen?;
- ... habe ich etwas zur Heilung bei dem Patienten beigetragen mit meinem flapsigen Satz?;
- ... oder habe ich ihm geschadet?;
- ... was nützt es, wenn die chronische Wundheilungsstörung jetzt von einer chronischen Depression abgelöst wird?;
- ... meine Bemerkung hat einiges ausgelöst. Sie war nicht das Ergebnis einer bestimmten Konzeption, sondern Ausdruck meiner Haltung als Arzt. In dieser Haltung nehme ich mir

mitunter das Recht auf unbedachte Äußerungen heraus, was aber eher absichtslos geschieht. Darf man das als Arzt?

Und jetzt können Sie vielleicht verstehen, wie es zu diesem – auf den ersten Blick - etwas seltsamen Vortragstitel gekommen ist. Mit dem Titel der „Gestörten Wundheilungsstörung“ wollte ich Sie nicht nur darauf hinweisen, wie ärgerlich oder vielleicht sogar strafend man als Chirurg bei der Behandlung solcher Patienten werden kann, sondern auch auf die Tragweite unserer Rolle als Ärzte in einem chronischen Krankheitsgeschehen, und zuletzt auch darauf, wie schwierig, ja fast unmöglich es ist, über die Qualität und die Folgen unserer chirurgischen Arbeit nachzudenken, wenn wir unsere Patienten nur noch als chronische Wunden wahrnehmen und gar nicht wissen, in welche Lebenskonstruktionen wir da eigentlich hinein therapieren, intervenieren und operieren.

Literaturhinweise:

Hontschik, Bernd: Körper, Seele Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens. 2. Auflage, Suhrkamp Verlag, Berlin 2012

Kiecolt-Glaser, J.K.; P.T. Marucha u.a. : Slowing of wound healing by psychological stress. Lancet 346 (1995) 1194-1196

Kütemeyer, Mechtilde; Serdar Eren u.a.: Wundheilungsstörung und seelisches Trauma. In: Hontschik, Bernd (Hg.): Psychosomatisches Kompendium der Chirurgie. Marseille Verlag, München und Wien 2003, 237ff.

Plassmann, Reinhard: Operations- und Manipulationsimpulse bei frühgestörten Persönlichkeiten. In: Hontschik, Bernd und Thure von Uexküll: Psychosomatik in der Chirurgie – Integrierte Chirurgie – Theorie und Therapie. Schattauer Verlag, Stuttgart 1999

Winter-Klemm, Brigitte und Klaus Klemm: Osteomyelitis. In: Hontschik, Bernd (Hg.): Psychosomatisches Kompendium der Chirurgie. Marseille Verlag, München und Wien 2003, 109ff.

Kontakt zum Autor: Dr. Bernd Hontschik, Chirurgische Praxis, Zeil 57, 60313 Frankfurt am Main
Tel. 069/285894, Fax 069/1310144, chirurg@hontschik.de ; www.medizinHuman.de