

# **Die Befunderhebung der Subcutane Reflextherapie (SRT) \* als Voraussetzung für eine gezielte und punktgenaue Behandlung**

von Hermann Häfelin, Stuttgart \*\*

## **Vorbemerkungen:**

\* Die Subcutane Reflextherapie nach Häfelin (SRT) ist die Weiterentwicklung der Bindegewebsmassage nach DICKE.

Wir gehen davon aus, dass bei Erkrankungen oder funktionellen Störungen an einem Organ, einem Gelenk oder einem posttraumatischen Zustand direkt lokal oder reflektorisch an entfernt liegenden Stellen tastbare Veränderungen entstehen.

Ausgehend von der tiefen Verschiebeschicht der Haut, also zwischen Subkutis und Muskelfaszie, können Reflexzonen entstehen. Sie können als Spannungsveränderung im subkutanem Turgor, oder als Adhäsionen, oder Narbenschmerzen, oder als Sensibilitätsstörungen bzw. Missempfindungen in Erscheinung treten.

## **Zusammenfassung:**

Bei der SRT geht es darum, den subkutanen Befund d.h. etwaige sicht- und tastbare signifikante Veränderungen der Haut im Rahmen einer umfassenden Befunderhebung aufzuspüren.

Sie ist wegen ihrer Wichtigkeit mein heutiges Thema. Die Befunderhebung der SRT ist wichtig, weil sie dem Therapeuten exakt die Stellen zeigt, an denen anschließend in der Behandlung die Umsetzung des Befundes 1 : 1 und damit gezielt und punktgenau erfolgt. Deshalb muss sie sachlich und hochkonzentriert durchgeführt werden. Wenn möglich sollte sie schon outdoor in Form einer "Ersten visuellen Grobinformation" beginnen und sich dann weiter in der "Mentalen Haltungskorrektur" und der Anamnese fortsetzen. Die erhaltenen Hinweise sind Anhaltspunkte, die in die nachfolgenden Fragestellungen einfließen bzw. weiterverfolgt werden. Wichtige Aussagen über den subkutanen Turgor erhält der Behandler durch die Hautfaltenastastung nach Kibler im Verlauf der Spaltlinien der Haut.

Das Ergebnis der Befunderhebung muss dem Behandler zeigen

- wo und wie groß ist der Bereich mit vermindertem subkutanem Turgor,
- wo und wie groß ist der Bereich von erhöhtem subkutanem Turgor,
- wo und wie groß ist eine Adhäsion,
- wo und wie groß ist eine Narbenstörung, und
- wo und wie groß Sensibilitätsstörungen bzw. Missempfindungen sind.

Ausgangspunkt einer jeden Behandlung ist die Befunderhebung. Sie ist die Voraussetzung für eine gezielte und punktgenaue Behandlung. Unser Vorgehen ist damit befundorientiert.

Bei der SRT gehen wir so objektiv und sachlich wie möglich vor. In der Befunderhebung werden wir alle Gewebstellen aufspüren, die sich von der normalen Haut unterscheiden und als Anhaltspunkte für eine nachfolgende Therapie dienen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass wir nur die uns zugänglichen Gewebstellen sehen und tasten können. Wir gehen also davon aus, dass es sich bei einer Erkrankung oder Störung (oder nennen Sie es wie sie wollen) an einem Gelenk oder einem Organ oder einem Posttraumatischen Zustand stets um ein multifaktorielles Reflexgeschehen handelt, das sich in Form von umschriebenen Gewebstellen, sagen wir Reflexzonen, manifestiert. Diese Punkte aufzuspüren und für eine nachfolgende Behandlung zu verifizieren, ist Grundlage einer Behandlung.

Dabei gehen wir von einem ganzkörperlichen Ansatz aus. Obwohl die subkutanen **Organzonen** alle am Rumpf liegen, müssen wir den ganzen Körper als Operationsgebiet ansehen. Das setzt voraus, dass wir alle aufspürbaren Stellen (subkutaner Turgor, Adhäsionen, Narbenstörungen und Sensibilitätsstörungen bzw. Missempfindungen) als Reflexzonen erfassen, die untereinander korrespondieren. Dabei sind Entstehung und Verlauf nicht gleichförmig, sondern sehr unterschiedlich.

**Sie fragen sich vielleicht:**

**"Warum sollen die Untersuchungen am ganzen Körper stattfinden?"**

Weil die eben genannten Symptome z.B. als Unfallfolgen auch am Knie oder am Fuß auftreten können, sind sie oft als Primärstörherd anzusprechen und müssen deshalb unbedingt nach den Regeln der SRT-Kunst behandelt werden. So steht bei der SRT die umfangreiche Befunderhebung als Wegweiser am Anfang einer Therapie.

Wir unterteilen zunächst in Outdoor- und Indoor-Befunde. Ich bezeichne die Outdoor-Befunde gerne als "Erste visuelle Grobinformationen". Diese ersten optischen Grobinformationen erhält der Behandler, wenn er den Patienten außerhalb der eigentlichen Behandlungsräume beobachten kann. Anhaltspunkte für die Beobachtungen habe ich in einem Arbeitspapier skizziert, welches für Berufsanfänger – und nicht nur für diese - hilfreich sein kann. Beobachtungen sollten "irgendwie" auf Arbeitspapier, Karteikarte oder Schmierzettel festgehalten werden. Die Augen müssen rasch auf diese Punkte fokussiert werden, weil die Vorgänge sekundenschnell ablaufen.

An dieser Stelle will ich noch erwähnen, dass Sie uns auf unserer Homepage [www.subcutane-reflextherapie.de](http://www.subcutane-reflextherapie.de) besuchen können und dort auch die hier erwähnten Arbeitspapiere oder Aufsätze herunterladen können. Viel Spass dabei!

**Sie fragen sich vielleicht:**

**"Warum sind diese Beobachtungen sinnvoll?"**

Ich gehe davon aus, dass alle physischen Defizite, verminderte Leistungen und Blockierungen jedwelcher Art vom Körper kompensiert werden, um die körperlichen Funktionen aufrecht zu erhalten. Bedenken Sie aber auch, dass langfristig an den überlasteten Stellen, wenn diese unbehandelt bleiben, auch wieder neue Turgorveränderungen der Haut, Tonusveränderungen der Muskulatur und Fehlbelastungen der Gelenke stattfinden können.

Nach diesen Schilderungen rückt die Bedeutung der Befunderhebung noch mehr ins Rampenlicht. Sie kann nicht früh genug beginnen. Hierzu sind Ohren und Augen der Behandler auf Empfang gestellt und damit in ständiger Aktionsbereitschaft. Ich beobachte meine Patienten am liebsten schon auf der Strasse, um aus Gestik, Mimik und Alltagsbewegungen Anhaltspunkte für eine gezielte Behandlung zu erhalten. Ich bekenne, dass ich auch Passanten beobachte und sie analysiere, die mich im Grunde nicht zu interessieren haben.

Wichtige Informationen können wir auch erhalten, wenn die Möglichkeit besteht in einem Vorraum den Patienten beim Entkleiden zu beobachten, während er eine Alltagsposition einnimmt.

Natürlich nur wenn die Notwendigkeit besteht, sollte er unaufgeregt und wie beiläufig gefragt werden, ob er z. B. den Arm strecken oder sich gerade hinsetzen könne.

Wir bezeichnen diesen Abschnitt als **Mentale Haltungskorrektur**.

Mit der Frage darf kein taktiler Stimulus gesetzt, dürfen keine nachdrücklichen Korrekturanweisungen gegeben, und darf auch nicht im Sinne einer assistiven Bewegung eine Extremität geführt werden.

Die Art und Weise der Umsetzung können Wegweiser sein auf

- mögliche schmerzhaft Stellen
- freie oder eingeschränkte Bewegungsamplitude
- habituelle Fehlhaltung infolge Nachlässigkeit oder Gewohnheit
- kognitive Rezeption
- fixierte Gelenkfehlstellung, also steife oder stark eingeschränkte Bewegung und
- Narbenstörung.

Sie geben somit auch Auskunft auf das Körpergefühl des Patienten.

Die erhaltenen Hinweise sind Anhaltspunkte, die in die nachfolgenden Befunde einfließen bzw. weiterverfolgt werden. Auch hier sind wieder alle Informationen schriftlich festzuhalten.

Kommen wir zu den Indoor-Befunden und hier zur **Anamnese**:

Was den Zeitpunkt der Erhebung der Anamnese angeht, habe ich kein einheitliches Muster.

Manchmal sitze ich am Tisch und notiere gerade die persönlichen Daten des Patienten und das heutiges Datum, währenddessen der Patient schon Teile seiner Krankengeschichte erzählt. So sage ich schnell: "Darf ich Sie hier unterbrechen und mir das kurz notieren, weil ich mir vorstellen kann, dass es für das Verständnis Ihrer Gesamtsituation wichtig werden könnte."

In den meisten Fällen aber schildern die Patienten ihre Vorgeschichte aus einer aktuellen Situation heraus spontan. Nicht selten habe ich erlebt, dass Patienten dankbar sind, dass sie in dieser Ausführlichkeit ihre Beschwerden schildern können.

Bei der Anamnese geht es um mindestens 3 Fragenkomplexe:

- Jetzige Beschwerden

Wo haben Sie Schmerzen? Seit wann bestehen sie und zu welcher Tageszeit treten sie auf? Wie ist die Intensität und wie gestalten sich Beschwerdeattacken? Sind die Beschwerden durch signifikante, einschneidende Ereignisse in Ihrem Leben ausgelöst worden?

- Bisherige Therapien

Welche Behandlungen haben bisher – wenn auch nur für kurze Zeit – geholfen? Sind die Beschwerden mit Tabletten, Tropfen oder Salben zu beheben? Was haben Sie bisher aufgrund eigener Überlegungen oder auf Empfehlung guter Freunde unternommen? Welche Eigenaktivitäten haben - wenigstens temporär – geholfen und welche habe geschadet?

- Ausblick

Was erwartet der Patient von der jetzigen Therapie? Ist der Patient bereit durch Gymnastik, kleine hydrotherapeutische Maßnahmen oder wenn nötig durch Ernährungsumstellung unsere Therapie zu unterstützen? Wie viel Zeit hat der Patient täglich oder wöchentlich für sich? Und wird er von der eigenen Familie oder dem Umfeld unterstützt?

Im Behandlungsraum kommt jetzt die Feststellung des **subkutanen Befundes**.

Ohne Wenn und Aber kann ich behaupten, dass zur Feststellung des Hautturgors die Hautfaltentastung nach Kibler im Verlauf der Benninghoff'schen Spaltlinien der Haut die beste Grundlage für eine gezielte Behandlung ist. Wenn Sie diesen Test besonders effektiv ausführen wollen, muss die darunter liegende Muskulatur maximal angespannt werden, damit wir nicht unbeabsichtigt mit dem Abziehen der Haut ein Stück der darunterliegenden Muskelfaszie erreichen.

In aller Bescheidenheit möchte ich anmerken, dass ich die Befunderhebung mit der Kibler'schen Hautfaltentastung im **Verlauf der Benninghoff'schen Spaltlinien** der Haut als Erster beschrieben habe. Somit ist es seit 1980 möglich den subkutanen Befund am ganzen Körper festzustellen.

Der historischen Wahrheit verpflichtet, muss ich schreiben, dass TEIRICH LEUBE schon vorher die KIBLER'scheTastung empfohlen hat, wenn auch nur im Bereich des Rückens und bei konstant querer Griffanlage.

Deshalb steht das richtige manuelle Geschick bei der Hautfaltentastung und der exakte Verlauf der Spaltlinien im Vordergrund beim Erlernen der SRT. Der Vollständigkeitshalber will ich nur kurz erwähnen, dass es neben den uns geläufigen Spaltlinien nach BENNINGHOFF noch die Hautspannungslinien nach BORGES gibt, die lediglich an den Armen und am Kopf differieren.

Den zuweilen empfohlenen **Sichtbefund** sehe ich nur als visuelle Grobinformation, weil Lichteinfall bzw. Schattenbildung unterschiedliche Interpretationen zulassen. Auch die Konturen der direkt unter der Haut liegenden Knochen und Muskeln können eine Zone vortäuschen. Der langen Rede kurzer Sinn: der Sichtbefund ist als differenzierte Turgorausage abzulehnen!

Die Befunderhebung vor jedweder Behandlung ist für mich so aufschlussreich, dass ich dieses umfangreiche Verfahren **bei allen neuen Patienten** empfehle. Im Fortgang der Therapie, und damit vor jeder neuen Behandlung genügt ein verkürzter Modus, weil Teile der Befunderhebung z. B. die Outdoor-Befunde, die Mentale Haltungskorrektur und die Anamnese bereits bekannt sind.

**Sie fragen sich vielleicht:**

**"Warum vor jeder Behandlung?"** Weil gerade ja durch unsere Arbeit eine Balance des subkutanen Turgors entsteht und die Selbstheilungskräfte angeregt werden, so dass seit der letzten

Behandlung Heilungsfortschritte zu erwarten sind, und somit der ursprüngliche Eingangsbefund nicht mit dem aktuellen Befund identisch ist.

Ich höre schon Ihren kritischen Einwand, dass die Behandlungszeit viel zu kurz ist, um alles so durchzuführen. Es kann auch tatsächlich nur gelingen, wenn die Schüler in ihrer Ausbildungszeit auf die Wichtigkeit der Fakten hingewiesen worden sind, und eine Sensibilität für die Zusammenhänge entwickelt haben. Unter den Augen eines erfahrenen Praxisanleiters müssen Schüler intensiv üben bzw. trainieren und sich auch korrigieren lassen, bis schließlich alles automatisiert ist. Nur so können in kürzester Zeit die Befunde erhoben werden.

Noch ein Wort zu meinen lieben Kollegen die in der Verantwortung stehen die SRT zu unterrichten.

Ich weiß, dass an den Ausbildungsstätten bei den zahlreichen Unterrichtsfächern zu wenig Zeit für SRT eingeräumt wird. Dieser Tatsache habe ich in der neuen Auflage unseres Buches Rechnung getragen. Gestatten Sie mir deshalb noch ein offenes Wort zu den Lehrkräften in Sachen Verwendung unseres Buches **"Basis der Bindegewebsmassage SUBCUTANE REFLEXTHERAPIE"** für den Unterricht. Gerade die 5. Auflage ist so konzipiert, dass nach einer Einführungsphase die Schüler selbständig arbeiten können. Dazu sind die einzelnen Themen ausführlich beschrieben und Zusammenhänge erläutert. Jedem Buch ist eine DVD beigelegt, so dass interessierte Schüler ihre manuelle Technik selbst verbessern können

Gerade weil ich die Arbeit der Lehrkräfte so schätze und ihnen innerlich Achtung entgegenbringe, erlaube ich mir auch kritische Töne oder sagen wir ein ernstes Wort, das mir wichtig ist.

Leider erlebe ich auch, dass aus unserem Buch eine Kurzfassung erstellt wird, die an Stelle des Buches den Schülern gegeben wird. Dieses reduzierte Vorgehen schadet einer umfassenden Wissensvermittlung.

Deshalb mein Appell an alle die unterrichten:

Überlassen Sie doch den interessierten Schülern die Möglichkeit die Originalausgabe kritisch zu lesen, und lassen sie eine lebendige Diskussion zu. Deshalb sollte jeder Schüler ein eigenes Buch haben. Vielen Dank für das Verständnis.

Durch die Befunderhebung erfahren wir auch etwas über den sinnvollen Einsatz der SRT.

Was die Effektivität der SRT angeht, gibt es hier einen Grundsatz der Klarheit schafft:

Die Qualität und Quantität der Tastung muss in einem Zusammenhang mit den Beschwerden des Patienten gesehen werden. Gibt der Patient sehr starke Schmerzen an, während der Befund eher unauffällig ist, würde die SRT wahrscheinlich nicht das erwartete Ergebnis zeigen.

Oder anders herum: Hat der Patient starke Beschwerden und der subkutane Befund – also Turgor, Adhäsionen, Narbenstörungen und Sensibilitätsstörungen bzw. Missempfindungen – zeigt signifikante Werte, ist zu diesem Zeitpunkt die Behandlung voraussichtlich **erfolgreich und zielführend**.

Zeigt der Befund eine subkutane Unterspannung, so kommt es darauf an, ob die Übergänge zum anderen Gewebe fließend sind oder ob eine Stelle "wie herausgestanzt" wirkt und wir punktgenau mit unserer Vorgehensweise der gezielt diffusen Reizung vorgehen müssen.

Der Befund zeigt auch, ob ein spiegelbildliches Vorgehen angezeigt ist. Das wäre der Fall, wenn bei sonst unauffälligem Tastbefund, Bereiche - wie Inseln - mit signifikant erhöhtem Turgor bestehen.

Wenn Sie eine **Adhäsion** feststellen, muss natürlich auch die Stelle markiert werden, an der eine Unterspannung besteht. Größtes Einfühlungsvermögen wird von Ihnen erwartet, wenn Sie Narbenstörungen und Sensibilitätsstörungen feststellen, weil der Patient durch vorausgegangene erfolglose Behandlungen misstrauisch bis frustriert auf Ihr Vorhaben reagiert, diese Beschwerden zu beseitigen.

Natürlich zeigt der Sichtbefund eindeutig auch die Stellen, die nicht bearbeitet werden dürfen, weil hier eine frische Narbe, frische Unfallfolgen, ein Hämangiom, eine Warze, ein Muttermal oder eine Hautschädigung infolge Röntgenbestrahlungen vorhanden sind.

Bei aller genauen Vorgehensweise kann es dennoch vorkommen, dass eine Zone wegen ihrer geringen Größe übersehen wird. Einen entscheidenden Hinweis, dass an einer bestimmten Stelle eine mögliche Organzone sein könnte, erhält der Behandler u.U. durch die mündlich vorgetragene Anamnese des Patienten. Natürlich werden wir sofort den Bereich um die vermutete Organzone mit dem Spürsinn eines Detektives absuchen, um sie hernach zu behandeln.

### **Jetzt noch Kritisches zur Weiterentwicklung der Methode**

Bei unseren Überlegungen nach Befunderhebung, Behandlungsaufbau und Wirkungen habe ich mich stets davon leiten lassen, dass die wissenschaftliche Beurteilung der Methode nie am Ende sein kann und somit aufgrund eines lebendigen Umgangs eine Weiterentwicklung logisch ist. Es ist deshalb aus unserer Sicht unverstänlich, wie Therapeuten jahrzehntelang das gleiche Konzept unverändert praktizieren. Mit anderen Worten: Es gibt kein Vorgehen in der Medizin oder in der Technik von Industriegütern, die fast unverändert auf dem gleichen Stand wie vor 70 Jahren sind. Alle Entwicklungen und Erkenntnisse schreiten voran, werden weiterentwickelt, oder wie Heraklit (500 v.Chr.) sagt: "Alles ist im Fluß, in ewigem Wandel begriffen".

Solange das BGM Konzept nach Dicke mit Kleinem und Großem Aufbau vom Therapeuten ohne eine umfassende Befunderhebung übernommen wird, ist es nach unserer Meinung abzulehnen, selbst wenn zwischenzeitlich die Übernahme unserer Lösungsgriffe (Subkutane Petrissage) bei Adhäsionen und Griffen zur Narbenentstörung der SRT sowie die Übernahme von "Spezialstrichen" anderer Methoden stattgefunden hat.

Doch kehren wir wieder zur Befunderhebung zurück.

Werden in einem Bereich, in dem wir gerade einen subkutanen Befund festgestellt haben, vom Patienten zusätzlich punktförmige Myalgien angegeben, sollte die Muskulatur in diesem Nahbereich zusätzlich mit einbezogen werden. Es hieße Eulen nach Athen tragen, wenn ich vor diesem Forum erklären würde, dass zur Prüfung die Muskulatur maximal entspannt und in quерem Faserverlauf palpirt wird.

Ich bin jetzt an einer Stelle meines Vortrages angekommen, den ich in meinem Buch "Zwischenruf" genannt habe. In unserem Buch finden Sie an 3 Stellen, (nämlich auf Seite 60/61, 70 und 131/132,) Zwischenrufe. Den Ausdruck Zwischenruf habe ich gewählt, weil heutzutage in öffentlichen Veranstaltungen Personen oftmals den Redner mit einer Frage unterbrechen, die dem

Zwischenrufer wichtig ist, aber nicht unbedingt der Allgemeinheit.

In unserem Falle sind es Gedanken von essentieller Bedeutung, die aber für die aktuelle Behandlung nicht so wichtig erscheinen. Lassen sie mich das so erklären: In der Medizin gibt es für alle Untersuchungen Normwerte, die von allen Ärzten anerkannt werden. Nur in unserem ureigenen Bereich der Massage wird z.B. die Befunderhebung nach völlig unterschiedlichen Vorgehensweisen durchgeführt. Ich fordere deshalb schon seit Jahren und zitiere aus meinem Buch:

**"Es ist doch logisch , dass verwertbare und vergleichbare Ergebnisse nur möglich sind, wenn alle am Austausch von Informationen Beteiligten von gleichen Voraussetzungen ausgehen.**

**So ergibt sich die vordringliche Aufgabe, zunächst für den Bereich der Befunderhebung einheitliche Kriterien festzulegen. Diese Kriterien sollten von einem international anerkannten Gremium aus der Vielzahl der Techniken ausgewählt und festgelegt werden. Mit anderen Worten: Am Ende des Int. Clinical Reasoning Prozesses (CRP) = begründete Erörterung klinischer Prozesse – muss eine Methode stehen, die auf evidenzbasierten Grundlagen beruht."**

Ich möchte noch auf einen Punkt eingehen:

In Verbindung mit der Befunderhebung fragen viele Patienten nach der Diagnose.

Ich erkläre dann, dass das was ich feststelle ein Symptom eines vielleicht komplexen und nicht einfach zu erkennenden Vorganges ist.

Natürlich kann ich eine schmerzhafte Insertionendopathie feststellen, und natürlich auch die Fußpulse tasten und am Gangbild und den weiteren Symptomen eine Arteriitis obliterans feststellen. Einfach ist es z.B. palpable Veränderungen in der Lumbalregion zu erkennen, während die Diagnose schwieriger ist, weil die Ursache vertebragen sein kann, oder Beinleiden oder Erkrankungen der Beckenorgane in Frage kommen können. Dann kommen noch die Imponderabilien aus Beruf und Alltag hinzu.

Konzentrieren wir uns auf das was wir sehen und tasten können, und ziehen die Konsequenzen für unsere heutige Behandlung daraus. Das erfordert schon genug Erfahrung und Konzentration, um z.B. den rigiden Übergang von Missempfindungen zur gesunden Haut festzustellen, oder eine Periostzone auf der unteren Rippe zu tasten. Praxisrelevant, und damit wichtig ist doch, den Unterschied zwischen erhöht gespanntem Turgor und einer Adhäsion zu erkennen, weil beide Befunde unterschiedlich behandelt werden.

Resümieren wir, dass der Befund das Resultat einer ganz umfassenden und komplexen Untersuchung nach subkutanem Turgor, Adhäsionen, Narbenschmerzen und Sensibilitätsstörungen bzw. Missempfindungen ist und wir damit die uns zugänglichen Gewebe untersuchen und später in der Therapie 1:1 umsetzen. Wenn unser Augenmerk auch nur auf die lokalen Vorgänge gerichtet ist, so wissen wir doch, dass gleichzeitig reflektorische und allgemeine Wirkungen ausgelöst werden.

Die Befunderhebung wurde hochkonzentriert und sachlich durchgeführt.

Es werden optische und taktile Tests durchgeführt, deren Ergebnisse gemessen an der **Grundspannung** oder in der Relation zu ihr, Aufschluss über die aktuelle Situation geben.

Das Ergebnis der Befunderhebung muss dem Behandler zeigen

- wo und wie groß ist der Bereich mit vermindertem subkutanem Turgor,
- wo und wie groß ist der Bereich von erhöhtem subkutanem Turgor,
- wo und wie groß ist eine Adhäsion,
- wo und wie groß ist eine Narbenstörung, und
- wo und wie groß Sensibilitätsstörungen bzw. Missempfindungen sind.

Wenn im Nahbereich einer subkutanen Veränderung vom Patienten Myalgien angegeben werden

- wo und wie groß sind die Myalgien

Jetzt wissen Sie wie Befunderhebung geht.

Aber wie sagt schon Goethe:

"Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden;  
es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun."

Oder modern ausgedrückt: just do it!

Sie würden mir eine große Freude bereiten, wenn Sie die hier vorgestellte Vorgehensweise in Ihre Therapie implementieren und damit problemlos zukünftige Arbeiten logisch und erfolgreich gestalten.

### **Zum Schluss noch eine Bemerkung in eigener Sache.**

Den zuweilen kritischen Tönen zur BGM nach Dicke möchte ich folgende Anmerkung hinzufügen, um meine Haltung zur Vorgehensweise von Frau Dicke klarzustellen:

Der mir vorliegenden 4. Auflage "Meine Bindegewebsmassage " von Frau Dicke aus dem Jahr 1956, welche in der dritten Auflage von Frau Dr. Bischof-Seeberger völlig neu überarbeitet wurde, kann man folgendes entnehmen:

Frau Dicke beschreibt sehr präzise an unzähligen Beispielen Befund und Behandlungsaufbau. Aus dem kann man ersehen, dass sie sehr individuell und keineswegs immer strikt und stereotyp den Kleinen Behandlungsaufbau zu Beginn einer Behandlung wählte. Auch kombinierte sie fast alle Behandlungen mit den verschiedenen Massagemethoden und Verfahren aus Krankengymnastik und Atemtherapie.

Leider sind nur **erfolgreiche** Einzelfälle beschrieben und nicht das Ergebnis eines größeren Kontingentes von vergleichbaren Patienten. Durch die Beschreibung der Kombinationsbehandlungen ist auch nicht zu ersehen, welche Methode prioritär war und somit ist die selektive Wirkung ihrer BGM nicht eindeutig abzuleiten.

**Ich gehe davon aus, dass Frau Dicke die Weiterentwicklung ihrer Methode zur SRT wohlwollend betrachtet und unterstützt hätte.**

Bedauerlicherweise haben die Nachfolger von Frau Dicke ihr Vorgehen auf ein reduziertes Maß und in ein Schema gebracht, welches das Erlernen erleichtert, aber die Kreativität beseitigt hat.

**Aus ehrlichem Herzen eine Hommage an Elisabeth Dicke. Sie hat die BGM inauguriert. Ihre Arbeit nötigt uns höchsten Respekt und Achtung ab. Wir verneigen uns vor ihr.**

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und hoffe und wünsche, dass Sie Impulse für Ihre praktische Arbeit erhalten haben.

Gott befohlen

Hermann Häfelin