

Die Physiotherapie der Zukunft als operationsverhindernde Schmerztherapie

Beat Dejung, Dr. phil., Dr. med., Facharzt für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie FMH; **Heidi Tanno**, PT, Präsidentin der IMTT; **Heinz O Hofer**, Dr. med., Facharzt für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie FMH, Vizepräsident der IMTT; **Regula Koller**, PT, und **Gabi Vital**, PT, beide Vorsitzende des Lehrer-Kollegiums der IMTT; **Yvonne Mussato**, PT, MAE, klinische Spezialistin physioswiss MSK, Beauftragte der IMTT für Landespolitik; **Daniel Grob**, Dr. med., Innere Medizin FMH, Instruktor SAMM und IMTT; **Roland Gautschi**, PT, MA, Triggerpunkt-Instruktor IMTT und SAMM

SOCIETY FOR MYOFASCIAL TRIGGER POINT THERAPY
ASSOCIAZIONE PER LA TERAPIA DEI PUNTI TRIGGER MIOFASCIALI
ASSOCIATION DE LA THERAPIE DES TRIGGER POINTS MYOFASCIAUX
INTERESSENGEMEINSCHAFT FÜR MYOFASZIALE TRIGGERPUNKT-THERAPIE

IMTT

Beispiele für Triggerpunkt-Therapie bei unspezifischen Rückenschmerzen



Manuelle Technik 1 mit Bewegung am häufiger befallenen Rückenwehmuskel Iliacus



Dry Needling eines Triggerpunktes im Rectus abdominis



Manuelle Technik 1 mit Rotationsbewegungen in der schrägen Bauchmuskulatur



Manuelle Technik 1 am Glutaeus medius



Dry Needling im Glutaeus maximus



Manuelle Technik 2 an den wichtigen Triggerpunkten des Erektor trunci im thorakolumbalen Übergang

Die Physiotherapie der Zukunft als operationsverhindernde Schmerztherapie

Es wird zu viel operiert

Im Gesundheitswesen der Schweiz und auch in anderen hochzivilisierten Ländern hat sich, von vielen unbemerkt, eine Krise breitgemacht. Die neueingeführte Fallpauschale veranlasst viele Spitäler, zu ihrer besseren Auslastung aktiv Patienten anzuwerben, v.a. solche, bei denen eine Operation möglich ist. In der Sendung "Puls" von SRF 1 vom 31.10.2016 wurde gemäss Bundesamt für Statistik berichtet, dass die Anzahl der Bandscheibenoperationen in der Schweiz zwischen 2007 und 2014 von 8653 auf 14 859, also um ca 70% zugenommen habe, eine Zunahme, für die es keine medizinisch begründbare Erklärung gebe. Im deutschen Fernsehen "Das Erste" wurde am 14.10.2012 von Fachleuten die Ansicht geäussert, dass von den jährlich 160 000 Rückenoperationen in Deutschland mindestens 40% überflüssig seien. Die Situation bei den Rückenschmerzen (der nach der Grippe häufigsten Krankheit überhaupt) möchten wir näher beleuchten und Schlussfolgerungen daraus ziehen.

Seit vielen Jahren sehen wir Patienten nach Rückenoperationen, deren Operationsindikation offensichtlich in Unkenntnis alternativer konservativer Therapiemöglichkeiten gestellt wurde und deren Schmerzen nach der Operation unverändert weiter bestehen. Die Operationsindikation eines radikulären Syndroms (meist Diskushernien oder Spinalstenosen) sind persistierende Schmerzen in einem oder in beiden Beinen und neurologische Ausfälle, die mit dem MRI-Befund vereinbar sind. Eine Blasenlähmung oder progrediente Lähmungen in einem Bein sind notfallmässig zu operieren. Hypaesthesien kann man beobachten, meist verschwinden sie ohne Intervention nach einigen Monaten wieder. Spondylarthrosen und echte Instabilitäten sind von einem erfahrenen konservativ tätigen Rückenspezialisten zu beurteilen und allenfalls vorzubehandeln, bevor man eine Operation in die Wege leitet. Die Korrelation zwischen Rückenschmerzen und degenerativen radiologischen Befunden ist äusserst schwach (Jensen, Boos, Luomajoki). Man darf darum nie die Operationsindikation nur durch ein Röntgenbild stellen. Reine Lumbosacralschmerzen ohne Beinschmerzen, ohne neurologische Symptome und ohne dass man die Schmerzursache durch eine Lidocaininjektion zu beweisen versucht hat, zu operieren, sollte, so denken wir, als Kunstfehler betrachtet werden. Dies auch dann, wenn diese Schmerzen schon viele Jahre lang bestanden und vielen traditionellen Therapieversuchen und Rehabilitationsaufenthalten getrotzt haben.

Was gibt es denn ausser Diskushernien und Spinalstenosen (die bei einwandfreier Indikation operiert werden sollen) an weiteren Ursachen für Lumbosacralschmerzen? Nicht selten sind rheumatische Entzündungen an Iliosacral- und Wirbelgelenken, früher als Morbus Bechterew bekannt. Bei älteren Menschen kann man Osteoporosefrakturen finden. Internistische Ursachen für Rückenweh (Metastasen, infektiöse Spondylitis, Pankreatitis, Aortenaneurysma) sind zum Glück selten. Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule haben ausser der Spondylarthrose in der Regel keinen Krankheitswert. Bei nachgewiesenen Instabilitäten ist nicht die erhöhte Beweglichkeit das Problem, sondern eine Struktur, die entweder schmerzhaft gedehnt oder komprimiert wird. Häufig ist die Blockierung eines Iliosacralgelenkes, wie sie von den Manualtherapeuten und -medizinern erfolgreich behandelt wird. Die "Blockierung" der kleinen Wirbelgelenke ist in der Regel sekundärer

Natur, ihre Deblockierung wirkt reflektorisch detonisierend und die erzeugte Schmerzlinderung ist oft zeitlich begrenzt. Das alles sind spezifische Schmerzursachen, sie machen gegen 20% aller Rückenschmerzen aus.

Myofaszial verursachte Rückenschmerzen

Mehr als 80% aller Rückenschmerzen sind nach heutiger Lehrmeinung unspezifischer Natur, was eine vornehme Umschreibung der Tatsache ist, dass man von ihrer Ursache keine Ahnung hat. Es gibt Autoren, die behaupten, unspezifische Schmerzen seien überhaupt nicht organisch verursacht, sondern seien Ausdruck psychischer Alterationen. Solche können zwar das Schmerzempfinden verändern und eine physiotherapeutische Behandlung komplizieren. Die Heilung eines Rückenschmerzes allein durch einen Psychiater oder ausschliesslich durch ein "pain education-Procedere" ist allerdings eine absolute Rarität.

Nun wussten zwar Masseure und Physiotherapeutinnen schon immer, dass Schmerzen auch in der Muskulatur entstehen können. Aber wann schon haben "ernsthafte" Wissenschaftler auf die erfahrenen PraktikerInnen der Schmerztherapie am Bewegungsapparat gehört? In den 60er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts haben nun allerdings zwei äusserst bekannte Wissenschaftler in den USA diese muskulären Schmerzen systematisch zu erforschen begonnen: Janet Travell, die Rheumatologin des amerikanischen Präsidenten John F. Kennedy, und David Simons, als Nasa-Arzt der erste Mensch im Weltraum (33 km). Es entstand das Theorem des myofaszialen Schmerzes.

Der muskuläre Schmerz hat seine Ursache in lokalen ischämischen Kontrakturen in Muskelfasern, die durch Überlastung oder Überdehnung des betreffenden Muskels entstanden sind. Die Pathophysiologie dieser Kontrakturen der Aktin- und Myosinfilamente, der myofaszialen Triggerpunkte, ist ziemlich gut erforscht (Simons, Hong, Hubbard, Mc Nulthy, Gerwin, Brückle, Mense, Shah, Licht ua.). Die Schmerzen, welche diese Triggerpunkte spontan, bei Dehnung oder bei Anspannung erzeugen, werden bemerkenswert oft an einer anderen Körperstelle verspürt als am Ort des Triggerpunktes (bei TrP im Iliopsoas: Schmerz in der Regel in der Lumbosacralregion, bei TrP in den Mm Glutaei: Schmerz im gleichseitigen Bein, bei TrP im Quadratus lumborum: Schmerz in der gleichseitigen Glutealregion). Länger bestehende Triggerpunkte chronifizieren auf zwei Arten. Erstens gibt es bindegewebige Reaktionen um die ischämischen Kontrakturen herum und auch am Ort, wo die Schmerzen empfunden werden. Dieses Bindegewebe verkürzt sich mit der Zeit. Zweitens gibt es Veränderungen in den Schmerzzentren im ZNS, vor allem wenn die Nozizeption in der peripheren Muskulatur fort dauert (Fernández-de-las-Penas). Ein beträchtlicher Teil der chronischen Schmerzen in unserer Bevölkerung basiert unserer Erfahrung nach auf solchen Vorgängen.

Zur Behandlung myofaszialer Schmerzen haben sich einige Methoden bewährt (Dejung, Gautschi, Dommerholt, Tanno). Zuerst einmal die manuelle Kompression des und die Bindegewebsdehnung um den muskulären Triggerpunkt herum. Zweitens das Dry Needling des Triggerpunktes. Drittens die Behandlung mit fokussierten Stosswellen (diese Behandlung wird vor allem von Ärzten ausgeübt und ist, da hochentwickelte Geräte dazu nötig sind, sehr viel teurer als die ersten zwei Methoden). Die Injektion von Lidocain ist nicht wirksamer als das Dry Needling. Beide Methoden sind nur nachhaltig wirksam, wenn der Triggerpunkt auf Millimeterbruchteile genau getroffen wird, was dem Therapeuten durch die Auslösung einer lokalen Zuckung des befallenen Muskelstranges und oft

durch die Auslösung des übertragenen Schmerzes, der den Patienten zum Therapeuten geführt hat, bestätigt wird. In chronischen Fällen mit einer starken Allodynie können Lidocaininjektionen eine weitere manuelle Behandlung erst ermöglichen.

Nach Tagen bis Wochen beginnt ein Triggerpunktgeschehen zu chronifizieren. Um den schmerzhaften Triggerpunkt und den befallenen Muskel herum findet als Schutzmechanismus eine Bindegewebsneubildung statt. Die hier dargestellte Therapieform ist nun oft in der Lage, chronische, manchmal jahrelang bestehende Schmerzen definitiv zu beseitigen. Dazu ist eine manuelle Behandlung dieser kollagenen Strukturen mit rolfgangartigen, harten Techniken nötig, wie der Erstautor sie bereits 1988 in der Zeitschrift "Physiotherapeut" dargestellt hat. Der Therapiebeginn sollte nicht zu lange verzögert werden, da auch zentrale Chronifizierungsvorgänge stattfinden. Diese gehen in der Regel mit einer peripheren Allodynie einher, welche eine manuelle Behandlung mit der Zeit verunmöglichen kann. Es ist dann ein point of no return erreicht und es droht das Patientenschicksal einer lebenslangen Schmerzkrankheit und einer Berentung. Immerhin gibt es Studien, welche eine definitive Besserung von Rückenschmerzen nicht nur bei akuten (Takamoto), sondern auch bei chronischen Verläufen belegen (Gunn, Dejung).

Es ist selbstverständlich, dass eine so eingreifende Therapie wie das Behandeln von myofaszialen Triggerpunkten nur da gelingen kann, wo die Physiotherapeutin dem schmerzgeplagten Patienten einfühlsam und mitmenschlich begegnet und auch die Aspekte der Patientenedukation nicht vergisst.

Defizite in der Behandlung von Rückenschmerzen

Die Einsicht, dass zu viele Rückenpatienten mit ungenügender Indikation operiert werden, ist bei vielen am Bewegungsapparat behandelnden, nicht operativ tätigen Ärzten weit verbreitet. Strategien, auf welche Weise unsere Rückenpatienten vor einer Karriere mit einer Kaskade von Operationen bewahrt werden könnten, sind bis jetzt öffentlich noch nicht diskutiert worden. Das wäre in unserem Lande dringend nötig, da die Schmerzen sich nach mehreren Operationen in der Regel verschlechtern und Komplikationen nicht selten sind. Ein Freund des Erstautors ist nach einer Serie von Rückenoperationen, die letzte in einer ausländischen Metropole, an einer Osteomyelitis verstorben.

Uns scheint, im Bereiche der konservativ zu behandelnden Rückenpatienten wäre zwischen den Ärzten, die an den Patienten einstweilen die Diagnose und die Therapieindikation zu stellen haben, und den PhysiotherapeutInnen, welche die Patienten behandeln, ein noch engerer Schulterschluss nötig. Beide Seiten sollten sich hierzu um bestimmte Vorleistungen bemühen.

Die Ärzte sollten die PhysiotherapeutInnen noch stärker als gleichwertige Partner akzeptieren und auf Augenhöhe mit ihnen verkehren. Sie sollten die Therapeuten in jedem Fall mit den nötigen Informationen versorgen. Der Erstautor dieses Artikels schreibt beispielsweise nach jeder Erstkonsultation über den betreffenden Patienten einen zusammenfassenden Bericht an den zuweisenden Arzt. Die vorbehandelnden Ärzte, die für die Behandlung vorgesehene Physiotherapeutin und auch der Patient erhalten mit dem Einverständnis des Patienten immer eine Kopie dieses Berichtes. Eine andere Vorleistung erfüllen viele am Bewegungsapparat diagnostizierenden und manuell behandelnden Ärzte schon recht gut: In speziellen, von Instruktoren

der IMTT erteilt, im Rahmen des Ausbildungsprogrammes der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Manuelle Medizin SAMM stattfindenden Satellitenkurse können sie eine Weiterbildung in myofaszialer Triggerpunkttherapie und Dry Needling absolvieren. Sie werden so bestens befähigt, die Indikation für eine operationsverhindernde physiotherapeutische Behandlung zu stellen und eine Probebehandlung zu machen.

Aber auch von den PhysiotherapeutInnen sollten kooperationsfördernde Vorleistungen erbracht werden. Es gibt in unserem Lande zwei Vereine, die eine ausführliche Ausbildung in myofaszialer Triggerpunkt-Therapie mit manuellen Techniken und Dry Needling anbieten, die IMTT und die DGSA. Das volle Ausbildungsprogramm umfasst bei beiden Vereinen ca. 150 Stunden Kontaktunterricht. Mit weniger Ausbildungsaufwand sollten sich Therapeuten nicht begnügen, wenn sie ihrer Aufgabe gerecht werden wollen, bei chronischen Schmerzpatienten Operationen zu verhindern.

Öfters werden uns Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zugewiesen, die angeben, sie hätten bereits eine TrP-Therapie bekommen, diese habe ihnen jedoch nicht geholfen. Manchmal zeigt es sich dann, dass die Behandler dieser Patienten auch einfache Grundprinzipien der myofaszialen Triggerpunkttherapie vernachlässigt haben. Manche Therapeuten haben vergessen, dass man die Muskeln, die aktive TrP enthalten, mittels Dehn- und Anspannungstesten identifizieren muss. Wer Patienten nur anhand von Schmerzpattern-Karten behandelt, wird öfters in die Irre gehen. Bei direktem Beobachten einer Therapie muss man manchmal feststellen, dass der Behandler dem nicht so einfachen manuellen Lokalisieren von Hartspannstrang und Triggerpunkt nicht die notwendige Sorgfalt widmet. Triggerpunkttherapie ist kein Feld für Schnellschüsse. Öfters wird sodann vergessen, dass bei myofaszialen Schmerzproblemen der Ort der Schmerzempfindung und der schmerzverursachende Triggerpunkt meist weit entfernt voneinander lokalisiert sind. Lediglich da zu behandeln, wo's weh tut, ist praktisch immer vergebliche Mühe. Erstaunt sind wir immer wieder, dass etliche Therapeuten vergessen haben, dass praktisch bei jedem chronischen Rückenschmerz in den Hüftbeugern und oft auch in den Bauchmuskeln schmerzunterhaltende TrP wirken. Eine Behandlung von myofaszialen Rückenschmerzen ohne Untersuchung und allfällige manuelle Behandlung der Hüftbeuger ist fast immer erfolglos. Dann gibt es Therapeuten, die denken, mit einem Schnellbleichkurs in Dry Needling seien sie für die Behandlung von Rückenschmerzen bestens gerüstet. Sie werden meistens keinen Erfolg haben, unter anderem, weil man den wichtigen Muskel Psoas gar nicht und die praktisch immer mitbefallenen Muskeln Iliacus und Quadratus lumborum nur teilweise mit Dry Needling behandeln kann. Und vor allem darum, weil das meist miterkrankte Bindegewebe dabei nicht behandelt wird. Gut applizierte manuelle Techniken sind hier unverzichtbar. Wer seine Aufgaben im medizinischen System gut wahrnehmen will, kommt also um eine gründliche Ausbildung nicht herum.

Wie sollte die Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeuten und Ärzten aussehen?

Ein besprechenswertes Problem ist, dass auf dem Markt heute auch Anbieter von TrP-Therapie-Kursen auftreten, die selber nur eine ungenügende Erfahrung in der Handhabung unserer neuen Therapieformen vorweisen können und welche die Anforderungen nur ungenügend erfüllen, die wir in der IMTT von einem TrP-Therapie-Instruktor verlangen. Generell sind wir der Meinung, nur der werde zu einem guten TrP-Therapie-Instruktor, der neben dem Erwerb theoretischen Wissens die

TrP-Therapie selber "täglich" an seinen Patienten anwendet und stetig perfektioniert. Auch die Technik der Blinddarmoperation kann man nicht im Hörsaal erlernen. Die Operationstechnik kann einem nur jemand beibringen, der mit Blinddarmoperationen eine grosse Erfahrung hat und "täglich" im Operationssaal steht. Wie wir hören, werden auch an den Fachhochschulen oft nicht in dieser von uns propagierten Weise Kenntnisse über Triggerpunkt-Therapie vermittelt. Der Erstautor, Erfinder der Manuellen Triggerpunkt- und Bindegewebsbehandlung und erster Promotor des Dry Needling für Physiotherapeuten in der Schweiz, gestattet sich, diese Entwicklung als suboptimal zu betrachten.

Wie könnten Lösungen für dieses Dilemma aussehen? Die beste Lösung würde wohl darin bestehen, dass die Fachhochschulen die "Interessengemeinschaft für myofasziale Triggerpunkt-Therapie IMTT" damit beauftragen würden, die Kompetenz für ein CAS "Triggerpunkt-Therapie" gänzlich zu übernehmen, und dass die Instrukoren der IMTT im Auftrag der Fachhochschulen den entsprechenden Unterricht autonom durchführen würden. Die CAS-Studenten hätten für den ganzen Unterricht (IMTT-Zertifikat der Manuellen Triggerpunkt-Therapie und IMTT-Zertifikat für Dry Needling-Therapie) 24 Tage Kontaktunterricht aufzuwenden. Es wäre eine analoge Lösung, wie sie in der Schweiz im Bereiche der Chirurgie besteht. Die Kantone unterrichten an ihren Hochschulen das Fach Chirurgie theoretisch. Die Ausbildung zum Chirurgen und die Aufsicht über die Qualität der Operationen wird dann aber an die Schweizerische Fachgesellschaft für Chirurgie delegiert. Diese Fachgesellschaft legt fest, welche Operationen wo und mit welchem Zeitaufwand erlernt werden müssen. Der Ort, wo die chirurgischen Lernprozesse stattfinden, sind die chirurgischen Abteilungen der öffentlichen und der privaten Spitäler. Die Verantwortung für die Ausbildung liegt bei den von der Fachgesellschaft als Ausbilder anerkannten Chefärzten. Es ist uns klar, dass für die von uns vorgeschlagene Lösung des Problems beträchtliche bürokratische Hürden überwunden werden müssten. Ideal wäre, wenn zwischen den Fachhochschulen und den IMTT-Instrukoren ein für beide Seiten fruchtbarer Austausch entstehen könnte.

Hohe Ziele oder eine Illusion?

Es ist ein ambitiöses Unterfangen, eine Situation herbeiführen zu wollen, in welcher chronische Rückenpatienten von nichtoperativen Therapien wissen, die ihnen allenfalls ihre Schmerzen beseitigen können. Sie müssten dann nicht mehr in Rückenoperationen ohne saubere Indikation einwilligen, deren Resultate, wie allgemein bekannt, oft ungewiss sind. Alle Akteure haben zu diesem Ziel etwas beizutragen. Die PhysiotherapeutInnen, die sich dieser anspruchsvollen Aufgabe widmen wollen, müssen die trendwendenden Techniken gründlich erlernen, sie in ihr Repertoire integrieren und bereit sein, sich über Jahre hinweg mit diesen neuen Erfahrungen zu perfektionieren. Die Ärzte müssen die Physios und ihre Behandlungstechniken ernst nehmen und lernen, mit genügenden Kenntnissen gute Therapieindikationen zu stellen. Kassen und Vertrauensärzte müssen wahrnehmen, dass ein chronischer (oft über viele Jahre bestehender) Schmerz mehr Therapiezeit benötigt als ein Schmerz, der in der Vorwoche erstmals aufgetreten ist. Die Behandlung sollte immer so lange andauern, wie nachhaltige Fortschritte zu erzielen sind. Wenn im Zuge dieser Arbeit zwischen Ärzten und Therapeuten persönliche Vertrauensverhältnisse entstehen, müssen diese ambitionierten Ziele keine Illusion bleiben. Eine Vielzahl von Patienten wird dies uns allen einmal danken.

Literatur

1. **Boos N, et al (1995):** The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, Spine 20
2. **Brückle W, et al (1990):** Gewebe pO₂-Messung in der verspannten Rückenmuskulatur, Z Rheumatol 49
3. **Dejung B (1988):** Triggerpunkt- und Bindegewebebehandlung – neue Wege in Physiotherapie und Bewegungsapparatmedizin, Physiotherapeut 88/6
4. **Dejung B (1999):** Die Behandlung unspezifischer chronischer Rückenschmerzen mit manueller Triggerpunkt-Therapie, Man Med 37/3
5. **Dejung B (2009):** Triggerpunkt-Therapie, 3. Auflage, Hans Huber, Bern
6. **Dommerholt J, Reilich P, Gröbli C (2012):** Myofasziale Schmerzen und Triggerpunkte, Urban & Fischer
7. **Fernández-de-las-Penas C, Dommerholt J (2014):** Myofascial trigger points: peripheral or central phenomenon? Curr Rheumatol Rep 16,1
8. **Gautschi R (2016):** Manuelle Triggerpunkt-Therapie, 3. Auflage, Thieme
9. **Gerwin RD (1995):** A Study of 96 Subjects examined both for Fibromyalgia and Myofascial Pain, J Musculoskeletal Pain 3 (Suppl 1)
10. **Gunn CC, et al (1980):** Dry Needling of Muscle Motor Points for Chronic Low-Back Pain, Spine 5/3
11. **Hong CS, Simons DG (1998):** Pathophysiologic and electrophysiologic mechanisms of myofascial trigger points, Arch Phys Med Rehab 79
12. **Hubbard DR, Berkoff GM (1993):** Myofascial Triggerpoints show spontaneous needle EMG activity, Spine 18
13. **Jensen MC (1994):** Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain, N Engl J Med, 14, 331
14. **Licht G, et al (2007):** Untersuchung myofaszialer Triggerpunkte ist zuverlässig, Man Med 45/6
15. **Luomajoki H (2011):** Antrittsvorlesung ZHAW Winterthur
16. **Mc Nulty WH, et al (1994):** Needle electromyographic evaluation of triggerpoint response to a psychological stressor, Psychophysiology 31
17. **Mense S, Simons DG, Russel IJ (2001):** Muscle Pain, Understanding its Nature, Diagnosis and Treatment, Lippincott, Williams & Wilkins
18. **Mense S, Pongratz D (2003):** Chronischer Muskelschmerz, Steinkopff
19. **Shah JP, et al (2005):** An in vivo microanalytical technique for measuring the local biochemical milieu of human skeletal muscle, J Appl Physiol, 99
20. **Simons DG, Travell JG (1983):** Myofascial origins of low back pain, Postgrad Med, 73/2
21. **Simons DG, Travell JG, Simons LS (1999):** Myofascial Pain and Dysfunction, Williams & Wilkins
22. **Takamoto K, et al (2015):** Effects of compression at myofascial trigger points in patients with acute low back pain, Eur J Pain. 19(8)
23. **Tanno H (2014):** Praxisbuch Myofasziale Triggerpunkte, Urban & Fischer

Ausbildungsmöglichkeiten und Therapeuten findet man bei

www.imtt.ch

www.triggerpunkt-therapie.eu