

# „Sacral Sag“ und mögliche klinische Folgen

Eva Möckel

Eine Sacral Sag-Dysfunktion, wie sie von Sutherland im Kompendium beschrieben wird, führt zwar nicht immer zu Schmerzen, aber zu zirkulatorischen, lymphatischen und viszeralen Störungen mit beachtlichen Folgen für das fasziale System. Es kann zu vielfältigen klinischen Symptomen kommen. Diese recht häufig auftretende Situation des Sacral Sag wird mithilfe des Ausdrucks der unwillkürlichen Bewegung im Gewebe diagnostiziert und kann mit spezifischen Sutherland-Techniken behandelt werden.

Was verstehen wir unter einem „Sacral Sag“, auch „depressed Sacrum“ genannt oder zu Deutsch „Absenkung des Os sacrum“, und was ist seine klinische Bedeutung? Es gibt folgende Definition: „Eine Beschreibung, die Sutherland verwendete, um auf einen Zug am faszialen Gewebe hinzuweisen, der durch eine anormale Mechanik im Becken verursacht wird. Dabei ist das **Os sacrum** in einer **kaudalen Position fixiert** und kann in der Inhalationsphase nicht aufsteigen.“ [3] Dabei ist die Inhalationsphase der unwillkürlichen Bewegung gemeint, nicht der thorakalen Atmung.

## Ursachen

Häufige Ursachen bei Frauen sind eine **verlängerte Geburtsdauer**, vaginal-operative Entbindungen mit **Zange** oder **Saugglocke** oder besonders **starke Wehen**, z.B. nach der Gabe von wehenfördernden Medikamenten. Eine Einleitung der Geburt mit wehenfördernden Mitteln findet in Deutschland bei ca. 18% der Geburten statt, in anderen europäischen Ländern zum Teil noch häufiger [6]. Wird der Geburtsbeginn nicht abgewartet, führt dies vermehrt zu weiteren Interventionen

und Komplikationen wie einem verzögerten Geburtsverlauf durch einen Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode. Nach einer Einleitung kommt es auch fast doppelt so häufig zu einer Periduralanästhesie und fast doppelt so häufig zu einem sekundären Kaiserschnitt [7].

Beim Geburtsvorgang ist das Becken besonders anfällig für die Entstehung eines Sacral Sag, da die Ligamente entspannt sind und der Beckendurchmesser vergrößert ist. Dies gilt in verstärktem Ausmaß für eine verlängerte Geburt. Schon während der normalen Geburt können das Becken, seine Faszien und die darin liegenden Organe strapaziert werden. Bei einer operativen Geburtsbeendigung durch Zange oder Saugglocke, aber auch bei anderen geburtshilflichen Interventionen wie dem Kristellern kommt noch die nicht unerhebliche Krafteinwirkung von außen dazu [3].

Ein anderer häufiger Grund für die Entstehung eines Sacral Sag kann ein **Schleudertrauma** sein. Aber auch ein **Sturz** auf das Becken oder auf die Füße könnte dazu führen [4]. Ein Osteopath oder eine Osteopathin sollte daher auch bei Männern diesen Aspekt der Bewegung des Os sacrum genau überprüfen, wenn er den Effekt des Ausdrucks der unwillkürlichen Bewegung im Gewebe palpiert.

## Befund

Bei Untersuchung und Behandlung denken wir dabei an die Worte von Still: „Es ist mein Anliegen in dieser Arbeit, die Prinzipien zu lehren, wie ich sie verstehe, und keine (Behandlungs-)Regeln. Ich instruiere den Studenten nicht, einen bestimmten Knochen, Nerv oder Muskel bei einer bestimmten Krankheit zu drücken oder zu ziehen. Ich hoffe, durch das Wissen über das Normale und das Anormale ein spezi-

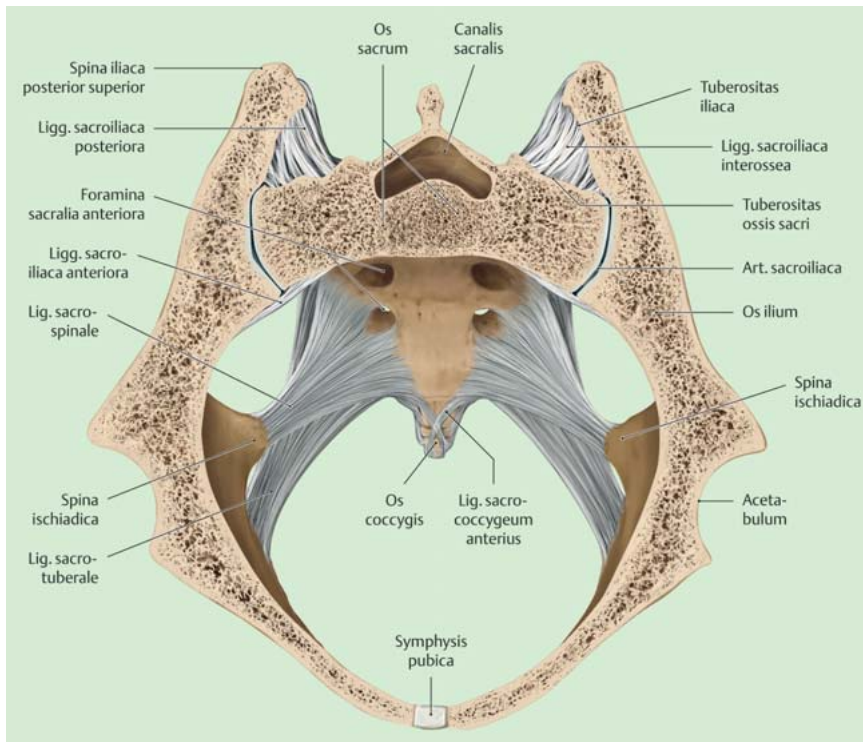
fisches Verständnis aller Krankheiten zu vermitteln.“ [8]

Idealerweise findet man in der **Inhalationsphase** der unwillkürlichen Bewegung (umgangssprachlich auch „Flexionsphase“ genannt) ein **Weiterwerden des Os sacrum** [3], was auf eine gute intraosale Beweglichkeit hindeutet, sowie ein **Aufsteigen** in Richtung kranial und ebenfalls eine sehr subtile **Bewegung um ein Fulkrum auf Höhe von S2**, wobei sich die **Apex nach anterior** bewegt [3].

Beim Sacral Sag hat das Os sacrum seine Fähigkeit verloren, mit der unwillkürlichen Bewegung kranial aufzusteigen. Man könnte den Begriff „Aufsteigen“ hier auch ersetzen mit der Umschreibung **„aszendierendes Spannungsphänomen“**, da es nicht wirklich um eine makroskopisch biomechanisch achsenrelationierte Bewegung geht [2]. Es ergibt sich meist ein funktionelles **„falsches“ Fulkrum**, das inferior zu dem idealen Fulkrum auf Höhe von S2 liegt. In manchen Fällen kann man mit dem Ausdruck der unwillkürlichen Bewegung sogar eine paradoxe Bewegung nach kaudal palpieren. Positionell hat sich die Basis des Os sacrum anterior über die physiologischen Grenzen hinaus gedreht, und die **Ligg. sacroiliaca anteriora und posteriora** und die **Ligg. sacrotuberaria** (► **Abb. 1**) geraten unter **Spannung**.

## Folgen

Richard beschreibt die primäre Atembewegung folgendermaßen: „Die Bewegung, die ursprünglich um die mittlere transversale Achse des Os sacrum (auf Höhe von S2) stattfindet, bewegt sich nun auf einer atypischen Achse, die nicht mehr zur Physiologie des Os sacrum gehört. Diese neue Achse verläuft auf Höhe der Anheftung des Lig. sacrospinale an der Apex des Os sacrum. Das Os sacrum bewegt sich nun an-



► **Abb. 1** Bandapparat des Iliosakralgelenks (nach ventral geneigter Horizontalschnitt). Foto: © aus [5]

teroinferior, um diese neue Achse herum, in Relation zu den Iliä. Daher ist das Os sacrum nun komplett abgesenkt, außer der Apex, die posterior prominent ist. (...) Wie schon von Dr. Sutherland beschrieben und die Erfahrung der Praxis zeigt, kann diese Art der Dysfunktion sehr oft schwerwiegende Folgen haben. Es kommt zwar nicht immer zu Schmerzen, wie man es erwarten könnte, aber zu kombinierten **zirkulatorischen, lymphatischen und viszeralen Störungen**, mit beachtlichen Folgen für das fasziale System.“ [4]

Laut Turner hat Anne Wales gerne folgenden Satz von Sutherland zitiert: „If you treat the spine, you treat the structures in front of it.“ („Wenn Sie die Wirbelsäule behandeln, behandeln Sie gleichzeitig die davor liegenden Strukturen.“) [10] Dieses Prinzip wird sehr deutlich, wenn man an die Behandlung des Os sacrum und der lokal damit zusammenhängenden Strukturen denkt. Insbesondere denke ich dabei an die faszialen Aufhängungen der Organe des kleinen Beckens, aber auch an die vegetativen Relationen via des vor dem Os sacrum liegenden Plexus sacralis zu Colon descendens, Sigma, Rektum, Harnblase und Fortpflanzungsorganen.

Eine der weiteren möglichen klinischen Folgen eines Sacral Sag ist das Auf-

treten einer **Depression** [3]. Eine postpartale Depression (PPD) ist keine seltene Erscheinung nach einer Geburt, bei 10–20% aller Wöchnerinnen kommt es dazu [1]. Dabei geht die Bandbreite von einer kurzzeitigen Frühwochenbettverstimmung bis zum heftigen Krankheitsbild einer postpartalen Psychose, die auch noch 3 Monate nach der Geburt auftreten kann. Nach Heller [1] zeigen sich folgende möglichen Symptome:

- depressive Grundstimmung
- häufiges Weinen
- Müdigkeit
- Konzentrationsschwäche
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- Herzschmerzen
- Engegefühl um die Brust
- Kreislaufbeschwerden
- Appetitlosigkeit oder Heißhunger

Häufig werden diese Symptome als Folge des Schlafmangels und der Belastung mit dem neuen Kind missverstanden und nicht als Anzeichen einer PPD erkannt. Verschlimmert sich die depressive Grundstimmung bei der Wöchnerin, muss an eine echte Wochenbettpsychose gedacht werden (Häufigkeit: 1–3 Mütter/1000 Geburten).

Sutherland beschreibt sehr eindrücklich den Fall einer Wöchnerin, bei der er damals als Landarzt einen Hausbesuch machte [9]. Nach der Geburt ihres Kindes war sie in einen verwirrten, möglicherweise psychotischen Zustand geraten. Sie kam ihm auf dem Weg entgegen, er setzte sie auf sein Pferd und führte sie zur Farm zurück. Als sie beide dort ankamen, war sie wieder klar im Kopf. Seiner Überlegung nach hat der Sacral Sag eine besondere Auswirkung auf das Membransystem, die Dura mater und ihre Unterteilungen Falx und Tentorium. Als reziprokes Spannungssystem konnte es seiner Meinung nach Stress vom Os sacrum auf das Kranium und seinen Inhalt, Stützgewebe, Gefäßbaum, Liquor cerebrospinalis und ZNS übertragen. Die Veränderung in der Zirkulation mag zu den oben erwähnten Symptomen geführt haben [9].

## Behandlung

Im Gedanken an die beschriebene Selbstkorrektur des Beckens durch das Reiten auf einem Pferd [9] entwickelte Sutherland den **Lift des Os sacrum von vorne** (Anterior Sacral Lift). Sutherland führt die Vorgehensweise – in seinen eigenen Worten – folgendermaßen aus (► **Abb. 2**): „Bei dieser Technik sitzt die Patientin auf der Behandlungsbank. Der Behandler sitzt vor ihr auf einem Hocker und legt seine Daumen auf die Innenseite der Crista iliaca. Das Bindegewebe bietet medial der Crista eine Stelle, an der sich die Daumen in Richtung Ala ossis sacri bewegen können. Die Patientin legt ihre Arme auf den Schultern des Behandlers ab und lehnt sich nach vorne, während dieser sich ebenfalls nach vorne lehnt und langsam seine Daumen vorschiebt. Wenn die Spannung aufgebaut und ausgeglichen ist und die Atemkooperation der Patientin funktioniert, bringt die Wirkung der gerichteten Daumen normalerweise die Basis ossis sacri dazu, sich nach oben und zurück zu bewegen. Die Patientin wird dann gebeten, sich aufzusetzen und das Becken dabei wieder zurückzubringen. Während die Patientin dies tut, nimmt der Behandler die Knie der Patientin mit seinen eigenen Knien zusammen, um die Iliä davon abzuhalten, sich hinter der Basis ossis sacri anzunähern. Dabei verändert der Behandler die Spannung

nicht, sie soll unverändert bleiben, während sich die Patientin aufsetzt. Gerade darin besteht die Wirksamkeit dieser Vorgehensweise. Es hört sich schwierig an, nicht wahr? Aber es ist einfach.“ [9]

Dies ist meiner Meinung nach eine sehr effektive Behandlung für ein abgesenktes Os sacrum, sei es ausgelöst durch den Geburtsvorgang oder ein anderes Trauma. Klinisch ist sie eine der nützlichsten „Techniken“ überhaupt, denn hier wird eine Situation korrigiert, die sich sonst schwer von alleine auflöst und häufig Langzeitfolgen wie Uterusprolaps und Inkontinenz mit sich bringt, um nur 2 Folgen zu nennen, die das Leben der betroffenen Frau sehr einschränken können.

Besteht der Sacral Sag schon länger oder ist er sehr ausgeprägt, kommt es durch die zentralen Faszien zu einem allgemeinen faszialen Zug nach unten im gesamten Bindegewebe, was im Englischen

Fascial Drag genannt wird. Sutherland entwarf eine ganze Reihe von **Lift-Techniken**, um dieser Situation zu begegnen. Nach Mitha [3] können typische Folgebeschwerden wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Depressionen, Konzentrationsschwäche, Rückenschmerzen und Instabilitäten im Beckenboden dadurch deutlich gelindert werden. Dazu gehören neben dem Lift des Sakrums von vorne der Beckenboden-Lift, der Zwerchfell-Lift, der Lift der vorderen Halsfaszien, der Manubrium-Lift und als Abschluss der parietale Lift. Wenn man auch in der Osteopathie nicht „nach Rezept“ vorgeht, da es unvorhersehbar ist, was man jeweils bei einem Patienten vorfindet, kann man doch bei einem Sacral Sag diese Reihe von „Techniken“ oder – schöner ausgedrückt – „Annäherungen“ anwenden. Bis auf den parietalen Lift gehören sie alle in die Rubrik der **peripheren Techniken nach Sutherland**, auch



► **Abb. 2** Lift des Os sacrum von anterior.  
Foto: © aus [3]

Anzeige

**BLT-Techniken** (balanced ligamentous techniques) genannt.

Das Prinzip der BLT-Annäherung wurde von Sutherland vor seiner kranialen Arbeit entworfen, und er beruft sich dabei auf eine Interpretation von Stills Arbeitsweise. Turner schreibt zu diesem Thema: „Sutherland beschreibt, wie er von Still lernte, den Balancepunkt anzusprechen, von dem aus die dem Körper innewohnende Potency und Intelligenz des körpereigenen Selbstkorrekturmechanismus ein Strainmuster von innen heraus korrigiert.“ [3]

Der fasziale Zug, der von einem Sacral Sag ausgelöst wird, kann auf unterschiedlichste und unerwartete Art und Weise die Körperphysiologie und Fähigkeit zur Homöostase beeinträchtigen. Ich erinnere mich an einen der ersten Fälle eines Sacral

Sag, den ich als frischgebackene Osteopathin damals noch in London behandelte.

Frau T. war eine 72-jährige vielfache Großmutter, die 7 Kinder zur Welt gebracht hatte. Sie hatte zeit ihres Lebens sehr hart gearbeitet, meist als Putzfrau, und kam zu mir mit massiven Schmerzen aufgrund von Arthrose in HWS, LWS und in den Knien. Es war ihr gesagt worden, dass dies eine Alterserscheinung sei und sie nichts anderes tun könne als Schmerzmittel einzunehmen. Ich hatte einige der Enkelkinder behandelt, und ihre Tochter brachte Frau T. optimistisch in die Praxis. Mir sank das Herz in die Hosentasche, als ich von den vielen Schmerzen hörte, und ich dachte: „Was soll ich da nur erreichen?“

Der Befund zeigte in der Hauptsache eine sehr starke Kyphose der BWS mit

kompensatorischen Lordosen von HWS und LWS, einen starken faszialen Zug nach unten (Fascial Drag) und einen erheblichen Sacral Sag. Eine gründliche Erstbehandlung mit ca. 10 Terminen, wobei ich v.a. die Mechanik des Beckens korrigieren konnte, brachte mehr Aufrichtung in den Bewegungsapparat. Die damit einhergehende Berichtigung der Zirkulation und Gewebequalität führte zu einer erheblichen Erleichterung der Schmerzsymptomatik. Schmerzmittel, bis dahin ständige Begleiter von Frau T., mussten nur noch gelegentlich eingenommen werden. Bis zu meinem Umzug nach Deutschland 2 Jahre später behandelte ich Frau T. ca. alle 3–4 Monate, und das gute Befinden konnte erhalten werden.

Anzeige



## Prävention

Die **beste Behandlung** ist jedoch immer die Prävention. Eine gute Geburt, die weder zu lange noch zu kurz ist, ohne übermäßige Wehen und bei der der Damm gut geschützt ist, übersteigt die Fähigkeit des Körpers zur Selbstkorrektur nach der Anpassung des mütterlichen Beckens bei der Geburt meist nicht. Leider sind optimale Geburtsverläufe in unserer Gesellschaft eher selten geworden [6]. Wir können jedoch unsere schwangeren Patientinnen ermutigen, sich eine kompetente **Hebammenbegleitung** zu suchen. Zum Beispiel kann eine Wassergeburt, ob zu Hause oder in der Klinik, Mutter und Kind zu einem positiven Geburtserlebnis verhelfen.

Weiter möchte ich anregen, bei den in der Praxis häufig angefragten Baby-Check-ups mindestens 1–3-mal die Mutter und insbesondere das mütterliche **Becken** mit zu **untersuchen** und gegebenenfalls zu **behandeln**. Noch besser ist es, in den ersten Tagen nach der Geburt einen Hausbesuch zu machen, damit Mutter und Kind in den ersten Wochen das Wochenbett einhalten können. Da jedoch ein Sacral Sag keineswegs ausschließlich durch den Geburtsvorgang entstehen kann, sollte die Funktion des Aufsteigens des Os sacrum in der Inhalationsphase der unwillkürlichen Bewegung bei **allen Patienten** jeder Altersstufe und Geschlechts als Teil der Grunduntersuchung mit beachtet werden.

## Literatur

- 1 **Heller A.** Nach der Geburt. Wochenbett und Rückbildung. Stuttgart: Thieme; 2002
- 2 **Höppner JP.** Persönliche Kommunikation; 2012

- 3 **Möckel E, Mitha N.** Handbuch der pädiatrischen Osteopathie. 2. Aufl. München: Elsevier; 2009
- 4 **Richard R.** Osteopathic Lesions of the Sacrum. New York: Thorsons; 1986
- 5 **Schünke M, Schulte E, Schumacher U.** Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Stuttgart: Thieme; 2007
- 6 **Schwarz C.** Sterben ungestörte Geburtsverläufe aus? Hebammenforum 2009; 4: 262
- 7 **Schwarz C, Schücking B.** Adieu, normale Geburt. Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Dr. Mabuse 2004; März/April
- 8 **Still AT.** Philosophie der Osteopathie II-7; Stillkompendium. Pähl: Jolandos; 2005
- 9 **Sutherland W.** Sutherland Kompendium. Pähl: Jolandos; 2004
- 10 **Turner S.** Persönliche Kommunikation; 2008

## Online

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1298575>



**Eva Möckel, D. O.,  
M. R. O., M. S. C. C.**  
Goetheallee 6  
22765 Hamburg

Eva Möckel graduierte von der European School of Osteopathy. Sie ist Mitglied der Fakultät des Sutherland Cranial College. 10 Jahre unterrichtete sie pädiatrische Osteopathie an der Schule für klassische osteopathische Medizin in Hamburg. Seit 1999 bietet sie mit Noori Mitha Postgraduate-Fortbildungen in pädiatrischer Osteopathie. Sie ist Herausgeberin vom „Handbuch der pädiatrischen Osteopathie“ und hat mehrere Bücher aus dem Englischen übersetzt. Seit 2012 ist sie Mitherausgeberin der DO (Deutsche Zeitschrift für Osteopathie).

E-Mail: [moeckelinfo@gmx.de](mailto:moeckelinfo@gmx.de)

E-Mail: [moeckelinfo@gmx.de](mailto:moeckelinfo@gmx.de)