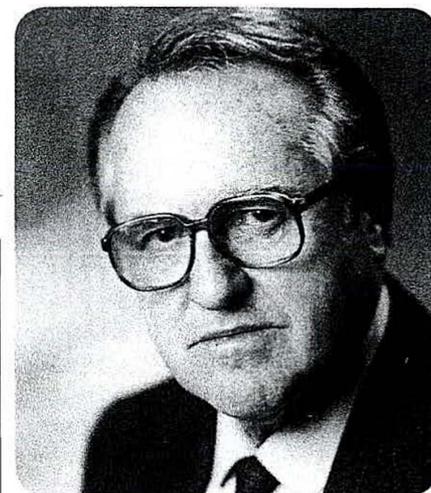


# Die 7 Remissionsstufen

(nach F. Gerstenbrand)



Vom Koma bis zum vollen Bewusstsein durchläuft der Patient 7 Remissionsphasen. Im Verlauf bestehen zwischen den einzelnen Phasen fließende Übergänge und die Dauer der einzelnen Phasen kann von unterschiedlicher Länge sein. Nicht alle Patienten durchlaufen alle Stadien, einige Patienten können auch in einer früheren Phase verbleiben. Eine Rückbildung kann nach kurzer Zeit eintreten, aber auch erst nach monatelangem Bestehen des Vollbildes eines apallischen Syndroms (Wachkoma).

## Phase 1 – Koma:

Tiefe Bewusstlosigkeit; kein Öffnen der Augen auf Schmerzreize

## Phase 2 – Coma vigilie (apallisches Syndrom, Wachkoma):

- keine emotionelle Reaktion
- Lange Schlaf- und kurze Wachphasen in Abhängigkeit von Belastungsmomenten
- Augen sind für längere Zeit geöffnet
- Reflektorische Primitivmotorik auf Schmerzreize und pflegerische Maßnahmen
- Motorische Primitivschablonen im Sinne von Massenbewegungen auf äußere Reize verschiedenster Art
- Wischbewegungen, orale Mechanismen
- Ausgeprägter Hypertonus (Spastik)

## Phase 3 – Primitiv-psycho-motorische Phase:

- Undifferenziertes ängstliches Verhalten
- Zunehmend differenzierter werdender ängstlicher Ausdruck in Augen und Mimik
- Schwitzen
- Wachphasen beginnen sich an der Tageszeit zu orientieren
- Patienten halten für kurze Zeit Blickkontakt
- Bedingtes optisches Fixieren ist möglich, jedoch noch kein Erkennen (zunächst auf akustische, später auf optische Reize).

- Patient beginnt den Kopf zu drehen. Psychomotorische Unruhe; Abwend-, Wisch- und Strampelbewegungen – teilweise noch mit Massenbewegungen verbunden
- Esstraining wird möglich
- Rigider Haltungstonus wird lockerer

## Phase 4 – Phase des Nachgreifens:

- Ungeduldiges Verhalten bei der Pflege, in der Therapie (Patient dreht den Kopf weg, schließt die Augen)
- Erste mimische Reaktionen – ein Lächeln oder Schmolzen können beobachtet werden
- Sicheres optisches Fixieren und Folgen von Gegenständen und Personen, die sich im Gesichtsfeld des Patienten befinden
- Es wird alles in den Mund gesteckt, allerdings ohne jegliche Absicht dahinter
- Unmutsbrummen, „ein Lallen“ kann beobachtet werden
- Gezieltere motorische Aktivitäten – Hand öffnen und schließen, allerdings noch mit fehlender Kraftdosierung – dies betrifft vor allem das Festhalten und Loslassen
- Patient greift gezielter nach Gegenständen – greift aber auch gerne in das Essen
- Nachlassen des Hypertonus
- Dem Patienten fehlt noch ein komplettes Verständnis für die Situation
- Dem Patienten fehlt noch die sprachliche Verständigung
- Optisches Verfolgen von Gegenständen und Personen außerhalb des Gesichtsfeldes sind noch nicht möglich
- Patient kann noch nicht auf verbale Aufforderung reagieren

## Phase 5 – Klüver-Bucy-Phase:

- Rasch wechselndes Affektverhalten mit zornigen Reaktionen und anschließendem Schmeichel-, Streichelverhalten
- Gefühle wie Freude und später auch Trauer werden differenzierter
- Bedingtes Sprach- und Situationsver-

- ständnis; Code-Sprache ist möglich
- Personen können bereits unterschieden und wiedererkannt werden
- Zunehmender Einsatz von Sprache – ja/nein – bei manchen Patienten ist die Sprache innerhalb kürzester Zeit wieder da
- Beherrschte Fähigkeiten setzen langsam wieder ein
- Koordination und Kraftdosierung werden sicherer und gezielter
- Hand geben und wieder loslassen
- Löffel halten und wieder gezielt ablegen
- Gute Rumpf- und Kopfkontrolle
- Gehen mit Hilfestellung
- mit Einsetzen der Willkürmotorik oft gleichzeitige Entwicklung spastischer Bewegungsabläufe
- Motorische Schablonen treten auf (z.B. Handkuss geben)
- Esssucht
- Fehlendes Schamgefühl kann beobachtet werden
- Dem Patienten fehlt noch die Orientierung zu Zeit, Personen, Ort
- Fehlendes Realitätsbewusstsein und fehlende Kritikfähigkeit
- Inkontinenz
- Patient kann eigene Fähigkeiten und Möglichkeiten noch nicht richtig einschätzen

## Phase 6 – Korsakow-Phase:

- Bewusstwerden der eigenen Stimmung – das Gefühlsleben erwacht wieder: es kann nun auch Trauer gefühlt werden
- Euphorisch-depressive Stimmungslage
- Aufbau der Sprache (hier ist die logopädische Unterstützung sehr wichtig)

- Orientierungsphase: Personen können nun auch benannt werden; ebenso werden erste Wünsche konkret benannt.
- Bewusstwerden der eigenen Situation (Suizidgefahr!)
- Abbau der Bewegungsschablonen; Komplexe und koordinierte Bewegungsabläufe werden möglich
- Eigeninitiiertes Handeln ist ansatzweise zu beobachten
- Freies Laufen
- Einschätzen der eigenen Situation und damit Zukunftsperspektive gelingt dem Patienten noch nicht.
- Teilweise können Ausfälle im Kurz- oder Mittelgedächtnis beobachtet werden
- Häufig starke Diskrepanz zwischen der geistigen und motorischen

Leistungsfähigkeit – letztere beeinträchtigt durch erhebliche Beuge- und Streckspasmen

**Phase 7 – Integrationsstadium:**

- Die Orientierung ist weitgehend vorhanden und ein sinnvolles Handeln ist möglich. Der Patient kann Aufträge befolgen und somit ist eine sehr gute Mitarbeit bei der Therapie möglich.
- Der Patient beginnt, sich mit seiner Umwelt auseinander zu setzen und plant seinen Tagesablauf.
- Berufswünsche werden geäußert, Zukunftspläne werden geschmiedet – der Patient orientiert sich verstärkt nach außen. Im Rahmen seiner motorischen Fähigkeiten wird der Patient zunehmend unabhängiger.
- In den meisten Fällen ist der Patient

sowohl harn- als auch stuhlkontinent.

- Die Einstellung zu sich selbst und zur eigenen Behinderung ist wieder „positiver“.
- Es können eine Reihe von Problemen bestehen bleiben, die für den Patienten in weiterer Folge hinderlich sein können:
  - Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen
  - Konzentrationsschwäche
  - Hochgradige Sehstörungen bzw. Blindheit
  - Andere Körperliche Behinderungen
  - Distanz- und Kritischschwäche des Patienten
  - Leichte Reizbarkeit und Ablenkbarkeit
  - Mangelnder Antrieb
  - Geringe Flexibilität

*Freude bei voller Konzentration*

IN UNSEREM NEUROLOGISCHEN ZENTRUM KÖNNEN WIR FÜR ALLE SCHWERE- GRADE UND PHASEN NEUROLOGISCHER ERKRANKUNGEN, VERLETZUNGEN UND DEREN FOLGESCHÄDEN DIE GEEIGNETE BEHANDLUNG ANBIETEN.



HAUS & UMGEBUNG

Bad Segeberg liegt im Städtedreieck (Hamburg 55 km, Kiel 50 km und Lübeck 30 km). Unser Neurologisches Zentrum befindet sich in naturnaher Lage am Naherholungsgebiet Ihlsee und bietet

- moderne Gestaltung mit Hotelcharakter
- Unterbringung von Begleitpersonen im Haus oder in geräumigen Appartements
- Aufnahme von begleitenden Kindern ist möglich, einschließlich Betreuung (eigener Kindergarten)
- Organisierte Patientenfreizeit im Haus

THERAPIE & DIAGNOSTIK

Die Behandlung umfasst die Rehabilitation aller Krankheitsschweregrade bei Erkrankung und Verletzung des Nervensystems und nach neurochirurgischen Operationen

- Frührehabilitation (Phase B)
- Postprimäre Rehabilitation (Phase C)
- Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung (Phase D)
- Ambulante und teilstationäre Rehabilitation (Phase E)
- Aktivierende Pflege (Phase F)
- Ambulanter Pflegedienst

Als Ergänzung zur Basis-Therapie und Diagnostik bietet das Neurologische Zentrum erweiterte Angebote wie z. B.

- Hippo (Reit-)therapie
- Akupunktur (TCM)
- Sole-Bewegungsbad
- Kernspintomograph



MOTORIK & HIPPOThERAPIE



Die Aufnahme ist möglich über Kranken-, Renten- und Unfallkassen. *Rufen Sie uns gerne an.*

SEGEBERGER KLINIKEN GMBH · NEUROLOGISCHES ZENTRUM  
Hamdörfer Weg 3 · 23795 Bad Segeberg · Tel. 04551 / 802-6000 · Fax 802-5905 · neurozentrum@segebergerkliniken.de · www.segebergerkliniken.de