

Wirksamkeit des maritimen Reizklimas

Einleitung

Das Meeresreizklima wird in Deutschland seit über 200 Jahren zur gesundheitlichen Stabilisierung eingesetzt. Beginnend mit der Eröffnung des ersten Seebades 1793 in Heiligendamm an der Ostsee folgten rasch zahlreiche andere Seebäder. Im Laufe dieser langen Zeit hat sich die Durchführung der therapeutischen Seeklimaexposition (Thalassotherapie) wesentlich verändert. Standen zunächst Sommeraufenthalte mit Urlaubscharakter im Vordergrund, wird heute Thalassotherapie ganzjährig durchgeführt – mit stärkerer Wirksamkeit im Winterhalbjahr (19). Der Einsatz der einzelnen therapeutischen Maßnahmen erfolgt heute hoch individuell, an die Erkrankung und Konstitution des Patienten und an die gegenwärtigen Klimabedingungen angepasst.

wirksame Bestandteile

Ein wesentlicher Effekt der Thalassotherapie beruht auf einer häufig wiederholten **Abkühlung der Hautoberfläche**. Hierbei wird die Anpassungsfähigkeit der Hautdurchblutung und damit die Anpassungsfähigkeit des gesamten Menschen an Umgebungsbedingungen trainiert (5). Durch die erhöhte Windgeschwindigkeit an der See erfolgt dieses Training bei jedem Freiluftaufenthalt. Ein noch intensiverer Effekt wird zusätzlich durch kalte Seebäder erreicht, die unter ärztlicher Anleitung mit allmählicher Gewöhnung annähernd ganzjährig möglich sind.

An der Seeküste findet eine **Dauerinhalation** statt. Die Luft in unmittelbarer Meeresumgebung enthält kondensiertes Meerwasser, welches über die Atmung und die Haut direkt im und auf den Körper wirken kann. Hierbei profitiert man besonders von dem so genannten Rückkondensationseffekt, der nur bei einem Aufenthalt am Meer auftreten kann. Dieser besagt, dass der Feuchtigkeitsgehalt der eingeatmeten Brandungsluft nicht wie gewöhnlich an die Umwelt abgegeben wird, sondern sich als Kondensat im Rachen- und Bronchienzentrum niederschlägt. Dieser Effekt, verbunden mit dem Salzgehalt der Meeresluft, führt zu einer verbesserten Schleimlösung. Die Atemwege werden gestärkt, die Atmung wird vertieft und Atemwegserkrankungen können positiv beeinflusst und gelindert werden.

Aufgrund der Reflektion durch das Wasser und den Strand sowie durch den offenen Horizont wirken die UV-Strahlen der Sonne intensiver als auf dem Festland, es kommt zu einer natürlichen **Bestrahlungstherapie**. Bei richtiger Dosierung hat die UV-Strahlung nicht nur stärkende und abwehrsteigernde Effekte, sondern auch besondere Wirkungen bei verschiedenen Hautkrankheiten. Besonders hilfreich ist eine solche Behandlung bei Neurodermitis (6). Auch die Infrarotstrahlung (Wärme) wird durch die Reflektion der auf der Wasseroberfläche und in den Aerosolpartikeln verstärkt, sie führt zu einer Durchblutungssteigerung der Haut.

Im direkten Einfluss des Meeres ist die **Reinheit der Luft** ausgeprägt: die Staub- und Pollenbelastung der Luft sehr gering, so dass vor allem Menschen mit allergischen Problemen eine deutliche Entlastung spüren können. Aber auch für Menschen ohne allergische Probleme bewirkt die Reinheit der Luft ein tiefes Durchatmen.

Schwüle, d.h. eine hohe Lufttemperatur bei hoher Luftfeuchtigkeit stellt immer eine Belastung für den Körper dar und ist unbedingt zu vermeiden (12). Schwüle kommt in den Küstenregionen der Nord- und Ostsee praktisch nicht vor.

Unterschiede der einzelnen Klimazonen

Meeresreizklima

Das Klima an der Nord- und Ostsee ist charakterisiert durch häufig wechselndes intensives Wetter mit hohen Windgeschwindigkeiten, einer erhöhten UV - Strahlung, eine hohe Luftreinheit und Allergenarmut. Zusätzlich wirksam sind Seebäder und die Inhalation von salzhaltigem Aerosol in der Brandungszone. Die Effekte sind deutlichen jahreszeitlichen Schwankungen unterworfen, der Reizklimaeffekt ist im Winterhalbjahr wesentlich stärker als im Sommerhalbjahr. Das Klima der Nordsee ist intensiver als das Klima der Ostsee, deswegen sollten besonders junge, zarte und schwer Kranke eher an der Ostsee behandelt werden, um die Anpassungsfähigkeit des geschwächten Organismus nicht zu überfordern (3, 14). Die einzelnen klimatischen Faktoren sind bei einem Seeaufenthalt durch die gewählte Entfernung zur Wasserlinie individuell dosierbar (9). Der effektive therapeutische Einsatz des Meeresreizklimas setzt ein fachkompetentes individuelles Vorgehen voraus.

Hochgebirgsreizklima

Das Klima oberhalb 1000 Metern ist stark abhängig von der jeweiligen Lage. Grundsätzlich ist auch hier eine erhöhte Windgeschwindigkeit und häufiger Wetterwechsel vorhanden, in Tallagen (wie in Davos Stadt) können diese Bedingungen jedoch fast vollständig aufgehoben sein. Je höher der Ort gelegen ist, umso geringer ist die Pollen- und Schimmelpilzkonzentration, umso geringer ist der Sauerstoffpartialdruck der Luft. Besonders wirksam sind Höhenlagen oberhalb 1500 Metern (16). Auch im Hochgebirge ist die UV – Konzentration erhöht.

Mittelgebirgsschonklima

Auch beim Mittelgebirgsklima ist von der geografischen Lage und der Höhe beeinflusst. Als Mittelgebirgsklima wird eine Höhenlage von 300 bis 1000 Metern definiert. Hier herrschen eine deutliche Luftreinheit bei einer vorhandenen Belastung mit Pollen und Schimmelpilzsporen. Deswegen ist das Mittelgebirgsklima nicht der ideale Aufenthaltsort für Asthmatiker, da 2/3 der erwachsenen Asthmatiker an einem allergischen Asthma leiden und der Anteil bei Kinder noch größer ist (10). Die Belastung durch Schwüle ist gegenüber dem Flachland geringer.

Nachgewiesene Effekte

Der Nachweis der Wirksamkeit einzelner Wirkfaktoren oder auch der Klimatherapie insgesamt ist nach heute üblichen Qualitätskriterien nur sehr eingeschränkt möglich, da neben den komplexen klimatherapeutischen Maßnahmen zusätzlich eine intensive leitliniengerechte medizinische Behandlung einschließlich einer umfangreichen Patientenschulung zusätzlich zu einem positiven und anhaltenden Rehabilitationseffekt beiträgt (11). So sind immer zahlreiche therapeutische Faktoren auf der biologischen, psychischen und sozialen Ebene gleichzeitig wirksam (4). Wesentliche Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Klimatherapie sind in Zeiten erhoben worden, als die Klimatherapie noch die einzige Behandlung der Patienten war.

Durch die Abkühlungstherapie an der Luft und im Meerwasser werden die Atmungstiefe erhöht, Schleim im Bereich der Atemwege gelöst(7), die Beweglichkeit der Gelenke verbessert, die Muskulatur gekräftigt, die Hautdurchblutung erhöht und Hautschuppen gelöst. Zusätzlich wird die Verdauungstätigkeit angeregt (8).

Durch die häufig wechselnden Wetterbedingungen, unterstützt durch gezielte therapeutische Reize bessern oder normalisieren sich funktionelle Störungen. Diese chronotherapeutisch dosierten, normalisierenden Stimuli mit entsprechenden Erholungsphasen steigern – analog der Muskel-Aktivierung – über eine trainierende Anpassung Leistungskapazitäten, die über das Behandlungsende hinaus andauern (sogen. „Haft effekt“, 1): labile, gestörte und erkrankte Regulationssysteme werden durch Adaptation unspezifisch gebessert, zusätzlich zu den durch spezifische Faktoren verursachten, quasi-pharmakologischen Therapieeffekten (2).

Durch die erhöhte UV – Konzentration wird die Vitamin D – Produktion angeregt, Reparaturvorgänge im Bereich der Haut werden gefördert, die psychische Leistungsfähigkeit wird verbessert, körpereigene Abwehrmechanismen werden unterstützt (8).

Insgesamt wird die Zahl der OKT8 Supressorzellen erhöht und das Verhältnis Helfer/ Supressorzellen erniedrigt (20), die Zahl der eosinophilen Entzündungszellen der Lunge und die Konzentration des FeNo – Wertes sinken bei Asthmatikern (17). Das Gesamt IgE sinkt ebenso wie die Zahl der Killerzellen (13).

Indikationen mit nachgewiesener Wirksamkeit bei Kindern

Bei Kindern ist die Umstimmungsbehandlung durch das Seeklima besonders effektiv. Sowohl das Nordsee- als auch das Ostseeklima sind hervorragend geeignet zur Therapie von (12):

- Infektanfälligkeit
- Keuchhusten
- rezidivierende Bronchitis
- Asthma bronchiale (bei Pollenallergie nicht während der individuellen Pollensaison an die Ostsee)
- Kleinkindasthma (Ostsee geeigneter)
- Neurodermitis (bei Pollenallergie nicht während der individuellen Pollensaison an die Ostsee)
- Psoriasis (besonders im Sommer)
- Trainingsmangel, Erschöpfungssyndrom
- jugendliche Akne (besonders im Sommer)
- Mukoviszidose (Ostsee geeigneter)
- Erkrankungen im Kindesalter (ab Schulkindalter Nordsee sehr günstig, Ostsee auch bei Kleinkindern)

Im Gegensatz dazu können im Schonklima des Mittelgebirges im Kindesalter nur sehr schwache Kleinkinder ohne Allergien hilfreich behandelt werden. „Im präventiven Sinne ist eine Klimakur für Atemwegserkrankungen nur in den höheren Lagen des Mittelgebirges zwischen ca. 750 m und 1000 m Seehöhe sinnvoll“ (zitiert aus 12, Seite 58). Eine Rehabilitationsklinik für Asthmatiker sollte nach Überzeugung der Deutschen Rentenversicherung in einer allergen- und schadstoffarmen Region betreiben werden (18).

Zusammenfassung

Die Rehabilitation im Ostseereizklima ist ein wissenschaftlich fundiertes Behandlungsverfahren mit zahlreichen nachgewiesenen positiven Effekten, die die Dauer der Rehabilitation lange überdauern. Besonders hilfreich ist es bei Atemwegs- und Hauterkrankungen sowie häufigen Infekten im Kindesalter (15). Der milde Reizklimaeffekt bietet sich insbesondere bei Vorschulkindern sowie bei zarten, sehr anfälligen oder sehr kranken Kindern an, bei denen das Nordseereizklima zu intensiv und das Mittelgebirgsklima zu wirkarm wären.

Literaturverzeichnis

1. Christoph Gutenbrunner: Prinzipien der Kurortbehandlung. Deutscher Bäderkalender, Flöttmann Verlag (2003), ISBN 3-87231-007-0
2. Bernd Hartmann: Therapie mit Ortschaftspezifika. Deutscher Bäderkalender, Flöttmann Verlag (2003), ISBN 3-87231-007-0
3. Stephan Illing: Allergische Erkrankungen im Kindesalter. Hippokrates Verlag, 1997, ISBN 3-7773-1192-8
4. Christoph Kirschner: Grundlagen der zeitgemäßen Behandlung in den Heilbädern und Kurorten. Deutscher Bäderkalender, Flöttmann Verlag (2003), ISBN 3-87231-007-0
5. Gudrun Laschewski, Jendritzky, G.: Klimatherapie. Deutscher Bäderkalender, Flöttmann Verlag (2003), ISBN 3-87231-007-0
6. Wolfgang Menger, et al: Stimulierung der Nebennierenrinde im Nordseeklima bei Kindern mit Asthma bronchiale und Neurodermitis constitutionalis Ergänzungsband z Zf Phys Med (1977) 211-214
7. Wolfgang Menger, Schellhaas, J.: Telemetrische Untersuchungen zum Nachweis des sekretolytischen Effektes der Brandungszone bei Kindern mit Asthma bronchiale. Prax Klin Pneumol, 1980. 34(12): p. 746-9.
8. Wolfgang Menger: Klimatherapie an Nord- und Ostsee. Gustav Fischer, 1997, ISBN 3-437-31120-4
9. Wolfgang Menger: Klimatherapie gegen Allergien? pädiat. prax, 1999, 646-647
10. Günter Menz, et al.: Rehabilitation bei Asthma bronchiale. Pneumologie 61, 2007, 710 -720
11. Franz Petermann, Waschburger, P.: Kinderrehabilitation. Hogrefe-Verlag, 2001, ISBN 3-8017-1413-6
12. Angela Schuh: Klima- und Thalassotherapie. Grundlagen und Praxis. Hippokrates Verlag, 2004, ISBN 3-8304-5300-0
13. Angela Schuh: Die Evidenz der Klima – und Thalassotherapie. Ein Review. Schweiz. Zschr. GanzheitsMedizin 21 (2), März 2009, 96 - 104
14. Ernst-Günther Schulze: Mit Kindern an die See. TRIAS Thieme Hippokrates Enke Verlag, 1989, ISBN 3-89373-016-8
15. Carsten Stick, Harms V.: Thalassotherapie. Deutscher Bäderkalender, Flöttmann Verlag (2003), ISBN 3-87231-007-0
16. Klaus Strömer: Dermatologische Rehabilitation: Es gibt keinen adäquaten Ersatz für die Klimatherapie. Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 30, 26. Juli 1996, A-1952 – 1953
17. H.-J. Tirpitz, et al.: EXHALATIVES NO (FeNO) im Verlauf eines Aufenthaltes im Nordseeklima und im Vergleich mit induziertem Sputum bei Kindern und Jugendlichen. <http://www.rehaforschung-sylt.de>
18. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Asthma bronchiale, Februar 1998
19. Dieter Vieluf, Hamacher M.: Reizklima-Therapie. Informationsreihe für Patienten. Deutsche Haut- und Allergiehilfe, 2000, ISBN 3-931281-12-4
20. Schmidt-Wolf I., Fischer J: .Einfluss eines Aufenthaltes im Nordseeklima auf die Lymphozytensubpopulationen im peripheren Blut bei Patienten mit exogen allergischem Asthma bronchiale und chronischer Bronchitis. Pneumologie. 1990 Feb;44 Suppl 1:241-2.