

AMAS-Höhenstudie

Gesundheit durch Höhe oder Wandern?

Rainer Brämer

"Austrian Moderate Altitude Study"

Mit dem Slogan "Wanderbares Österreich" begann vor mehr als zwei Jahrzehnten der kompetente Aufstieg der Alpenrepublik zum Wanderparadies Nr.1. Auch die deutschen Wanderer, lange Zeit in Treue den heimischen Mittelgebirgen verbunden, schlossen sich nun mit einiger Verspätung dem Trend zum Auslandsurlaub an. Und man ließ die vermeintlichen Billigurlauber ohne große Gegenwehr ziehen, so dass mittlerweile zwei Drittel aller Wanderer die schönste Zeit des Jahres im Ausland verbringen.

Dort machen sie eigentlich dasselbe wie in Deutschland: Sie suchen ihr Quartier zu drei Vierteln in deutschsprachigen Regionen, wandern dort vorzugsweise in mittleren Höhen - nicht etwa von Gipfel zu Gipfel, sondern möglichst auf horizontalen Wegen - und genießen die unberührte Natur, natürliche Stille, schöne Aussichten und die regionale Gastronomie. Obwohl die deutschen Mittelgebirge all das auch bieten und zusätzlich oft über eine größere Vielfalt an Landschaften, Wegen, Sehenswürdigkeiten und kulturell-kulinarischen Traditionen verfügen, haben sich ihre touristischen Vertreter bislang weitgehend auf klagendes Nichtstun beschränkt. Erst jetzt fällt manchem auf, dass ihm mit den Wanderern sein Stammpublikum abhanden gekommen ist.

Derweil holt Österreich schon zur zweiten Großoffensive aus. Nachdem die dortigen Touristiker aus schierem Überdruß von der wanderbaren Erfolgsformel Abschied genommen, dann aber mit einer aufwendigen Trendsportwerbung Schiffbruch erlitten hatten, steht seit Ende der 90er Jahre Wandern wieder ganz oben in der Kommunikationsstrategie für den alpinen Sommerurlaub. Spezielle Marktstudien erkunden die Wünsche und Gewohnheiten des neuen Wandergastes, Wanderhotels und Wanderdörfer stoßen erfolgreich in Marktlücken, die Wander-Infrastruktur wird allerorten aufwendig modernisiert, Qualitätszertifikate bringen den Wettbewerb in Gang.

Die eigentliche Zauberformel jedoch heißt "AMAS 2000". Hinter der "Austrian Moderate Altitude Study" verbirgt sich zunächst nur ein medizinisches Experiment, das allerdings nicht etwa von der Wissenschaft, sondern vom Wirtschaftsministerium, der Österreich-Werbung und einer Reihe von Tourismusverbänden mit mehreren Mio. Schilling finanziert wird. Ziel des mit renommierten Professoren hochkarätig besetzten Unternehmens ist es, etwas über die besonderen Gesundheitseffekte eines Urlaubs in Höhen zwischen 1400 und

2000 Meter herauszubekommen. Dazu werden 37 männliche Patienten mit "metabolischem Syndrom", also gängigen Zivilisationsleiden wie Übergewicht, Bluthochdruck oder zu hohen Fett- und Zuckerwerten im Blut, während eines dreiwöchigen Wanderurlaubs regelmäßig auf Höhentouren geschickt. Bis zu 200 Gesundheitsparameter erheben die beteiligten Mediziner pro Tag, und zwar sowohl vor, während und nach dem Urlaub.

Schon die 1998 inszenierte Vorstudie hatte "großartige Ergebnisse" erbracht. Puls- und Blutdruck verbesserten sich ebenso wie die Blutzucker- und Stoffwechselsituation. Bei alledem verloren die "Probanden" auch noch durchschnittlich 2 kg Gewicht, konnten ruhiger schlafen und fühlten sich psychisch wesentlich besser. Schließlich nahm die Zahl junger Blutkörperchen signifikant zu, während thrombosefördernde Substanzen schwanden.

Allerdings ließ sich mangels einer Kontrollgruppe nicht eindeutig feststellen, ob diese Effekte Folge des Urlaubs als solchem, des Wanderns, der besonderen Testsituation oder tatsächlich vor allem der Höhenlage waren. Unklar blieb ferner, ob auch Gesunde davon profitieren können, ging es doch nur um eine "Normalisierung" krankhafter Zustände.

Dennoch hat sich die österreichische Tourismuswerbung von Stund an auf die damit angeblich nachgewiesene besondere Wirkung des Höhenurlaubs berufen. Wer das Stichwort "AMAS 2000" per Suchmaschine im Internet aufruft, findet unter den Treffern zahlreiche Präsentationen von Verbänden, Ortschaften und Hoteliers, die mit Hinweis auf die Studie ihre Höhenlagen herausstellen.

Das dürfte allerdings erst der Anfang sein. Denn mittlerweile ist auch die Hauptstudie gelaufen - diesmal mit Kontrollgruppen. Die Ergebnisse werden zur Zeit noch zusammengetragen, doch lässt sich schon jetzt sagen, dass viele Effekte dem Wandern und nur wenig allein der Höhe geschuldet ist. Das betrifft vor allem die für die Befindlichkeit des Kreislaufes so bedeutsamen Blutwerte. Da es dem modernen Wandergast nach eigenem Bekunden zwar vorrangig um den Naturgenuss, hintergründig aber auch immer um die eigene Gesundheit geht, wird diese Botschaft allerorten auf offene Ohren stoßen: Der sanfte Natursport Wandern bringt erst richtig was, wenn man ihn in Höhen jenseits unserer Mittelgebirgsgipfel ausübt. Das könnte den heimischen Wanderdestinationen in punkto Haupturlaub endgültig den Garaus machen. Und so ist es denn auch kein Zufall, dass der Österreich-Tourismus als zentralen Präsentationsort der AMAS-Befunde die ITB 2001 erkoren hat. Von hier aus wird sich die von Österreich besetzte Gleichung "Wandern = Gesundheit = Höhe" in Windeseile über alle wichtigen Urlaubsmedien verbreiten.

Man darf gespannt sein, ob und wie die deutschen Mittelgebirgstouristiker diesmal reagieren. Bleibt es wieder nur bei Klagegesängen oder nimmt man den Wanderurlauber endlich ernst? Und wenn ja: Fertigt man ihn nach alten Rezepten ab oder leistet man sich wenigstens eine fundierte Gesundheits- und/oder eine Marktstudie? Werden weiterhin die notwendigen Infrastrukturinvestitionen vor allem auf die Radler statt auf das sehr viel umfangreichere, beständigere und lukrativere Wanderpublikum konzentriert? Und wann endlich raffen sich die deutschen Mittelgebirge soweit zusammen, dass sie gemeinsam gegen die alpine Hauptkonkurrenz antreten? Allein schon rein flächenmäßig hätten sie durchaus das Zeug dazu, doch suggeriert "Mittelgebirge" einstweilen vor allem Mittelmaß - wie wäre es mit "Waldgebirge" oder "German Highlands"?

Kritische Nachfragen?

1. Sind die wohltätigen Effekte des dreiwöchigen Berwanderurlaubs der Testgruppe nicht vielleicht sogar zum allergrößten Teil auf das Wandern zurückzuführen? Gibt es daher im neuen Vergleichstest auch eine Kontrollgruppe, die nicht gewandert ist?
2. Ist ein Teil der gesundheitlich aufbauenden Test-Befunde nicht auch der Urlaubssituation als solcher geschuldet (auch dies ließe sich durch eine Normalurlaubergruppe überprüfen)?
3. In welchem Maße hängen die gesundheitlichen Gewinne der Versuchspersonen nicht auch von dem Umstand einer besonders aufwendigen medizinischen und sonstige Zuwendung im Rahmen der Studie ab (Hawthorne-Effekt)? War für die Vergleichsgruppe der Einsatz des medizinischen Personals pro Versuchsperson ebenso groß wie in der Testgruppe?
4. Waren die besonderen Jungbrunnen-Effekte eines Höhenaufenthaltes nicht auch schon vor AMAS 2000 hinlänglich bekannt (z.B. aus dem sportlichen Hochleistungstraining?) oder gibt es darüber hinaus neue Einsichten?
5. Sind die an gesundheitlich beeinträchtigten Menschen gemessenen Effekte ohne weiteres auf gesunde Menschen übertragbar? Ist der Erholungseffekt bei leicht Geschädigten in der Regel nicht größer als bei Gesunden?
6. Gehört zu den Besonderheiten eines Berwanderurlaubs nicht auch ein erhöhtes Unfall-Risiko? Den vorliegenden Bergunfallstatistiken zufolge erleiden von 1 Mio Bergwanderern pro Jahr rund 1.000 einen registrierten Unfall, der für über 100 sogar tödlich endet. Über zwei Drittel hiervon ereignen sich in Höhen über 1.500m. Dabei lässt sich über die letzten zwei Jahrzehnte ein Trend zuungunsten der Wanderer feststellen, die Anfang der 80er nur zu einem Viertel, heute aber schon zu einem Drittel an der Bergunfallstatistik beteiligt sind.
7. erhöht sich das Unfallrisiko nicht nochmals für eine Zielgruppe, die das Alter von 50 Jahren in der Regel schon überschritten hat? Während in früheren Jahren die 20-30jährigen die am meisten betroffene Altersgruppe unter den tödlich Verunglückten darstellte, hat sich in den 90er Jahren ein zweites Maximum jenseits der 50 aufgebaut.
8. Angesichts der Tatsache, dass zur Testgruppe von AMAS Patienten mit zivilisatorischen Schäden nicht zuletzt auch auf dem Herz-Kreislauf-Gebiet gehörten, verschärft sich die Frage nach dem mit dem Bergwandern verbundenen Risiko nochmals. Immerhin entfielen rund 80% aller Vorfälle von Herz-Kreislauf-Versagen in den Bergen - überlebter wie tödlicher - auf Wanderer; oder anders herum: Über ein Drittel aller Todesfälle unter Bergwanderern sind auf Herz-Kreislauf-Versagen zurückzuführen. Macht es unter diesen Umständen wirklich Sinn, diese Zielgruppe über AMAS 2000 in besonderer Weise anzusprechen?

Wie man sieht, bleiben angesichts der bislang vorliegenden Informationen noch eine Reihe von Fragen offen, die AMAS 2000 in einem eher ambivalenten Licht erscheinen lassen. So erfreulich es ist, die positiven Seiten des Bergwanderns hervorgehoben zu sehen, so fragwürdig erscheint es doch andererseits, die Wandergäste nicht auch auf das damit verbundene besondere Risiko - insbesondere für Unerfahrene, Untrainierte, Ältere und Zivilisationskranke - hinzuweisen. Wird man nicht gerade der damit angesprochenen Zielgruppe mit metabolischem Syndrom empfehlen müssen, sich ähnlich wie die Testpersonen von AMAS einer ärztlichen Kontrolle zu unterziehen?