

Alpiner Gesundheitstourismus

Neue Aspekte eines gesundheitsorientierten Wanderurlaubes

von Wolfgang Schobersberger und Egon Humpeler

Fragt man in unserer Gesellschaft nach den Wünschen des Einzelnen, so nimmt der Wunsch nach Gesundheit nach wie vor eine zentrale Bedeutung ein. Allerdings hat sich der Gesundheitsbegriff in den letzten Jahrzehnten stark geändert. Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 wurde Gesundheit als „vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ definiert. Gesundheit ist demnach viel mehr als nur „nicht krank sein“. Und Gesundheit ist sicherlich auch ein Motiv für jene 2,3 Mio. Österreicher, die als Bergwanderer unterwegs sind. Wolfgang Schobersberger und Egon Humpeler versuchen im folgenden Beitrag neue Aspekte eines gesundheitsorientierten Wanderurlaubs aufzuzeigen, die auf einer wissenschaftlich – medizinischen Urlaubsforschung beruhen.

Wellness als Zauberwort

Mit dem Begriff des Wohlbefindens eng assoziiert ist die „Wellness“, eine Kombination der Begriffe „Wellbeing“ und „Fitness“. Wellness in einem Satz zu definieren ist kaum möglich, doch versteht man darunter zumeist

körperliche Aktivität in Verbindung mit seelischer Entspannung und geistiger Anregung, also eine Art Fitness für Körper, Geist und Seele, die den ganzheitlichen Aspekt einschließt. Ziel ist das persönliche individuelle Wohlbefinden unter starkem Einfluss einer subjektiven Komponente, die auch abhängig von der indivi-

duellen Ausgangssituation und Erwartungshaltung ist. Es ist eine Art „zu sich selbst finden“ im Zeitalter des Mega-Stress. Wellness ist ein ständig aktiver Prozess, der durch Dynamik gekennzeichnet ist und durch Dynamik lebt. Das Erreichen des Wohlfühlens ist gekennzeichnet durch einen mehrphasigen und mehrschichtigen Prozess, vom Bewusstwerden des „Unwohlseins“, über die Konkretisierung der Verbesserungsmöglichkeiten bis hin zur definitiven Realisierung. Die Wellbeing-Idee ist durch Eigeninitiative und Freiwilligkeit gekennzeichnet, jeder entscheidet für sich, ob er sein Leben in diese Richtung ändern möchte oder nicht. Gerade dieser Gedanke scheint durch Aufenthalt und körperliche Betätigung in den Bergen in idealer Weise realisierbar zu sein.

Alpiner Gesundheits- und Wellness-Tourismus

Gesundheit und Wohlbefinden aufzubauen sind Wünsche des Touristen bzw. Urlaubers einerseits, aber auch Marktstrategien der Tourismusanbieter auf der anderen Seite. Es wird allseits davon ausgegangen, dass Urlaub in den Bergen schlichtweg gesund ist.

Wie fundiert ist jedoch die Annahme, dass Urlaub generell gesund sei? Welche harten wissenschaftlichen Erkenntnisse geben Anlass zu dieser Vermutung? Wie steht es um den internationalen Forschungsstand im Sinne einer „Evidence Based Medicine“ bezüglich Urlaub-Gesundheit-Erholung? Das ernüchternde Ergebnis zeigt eine internationale Literatursuche in

den größten medizinischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken (Keul 2000). Es gibt kaum Veröffentlichungen, die den Tourismus in Verbindung mit Gesundheit bringen. Von einer Tourismus-Gesundheitsforschung kann also international nicht gesprochen werden. Es zeigt sich hier eine enorme Diskrepanz zwischen dem, was an Versprechungen von Reiseveranstaltern vorliegen und dem, was durch Studien belegt ist. Der Konsument, sprich Bergwanderer, geht demnach ohne Rückfrage davon aus, dass das Angebotene, und das gilt zwangsläufig auch für alle Wellness-Urlaube, per se gesundheitsfördernd ist. Der Nachweis, dass das Produkt „Gesundheits-Urlaub“, welches um teures Geld gekauft wird, ähnlich wirksam ist wie ein Medikament, steht bislang aus. Können wir von medizinischer Seite getrost all den Angeboten im Gesundheitstourismus und Wellnessbereich zusehen und auf ihre Wirksamkeit und Richtigkeit aufbauen?

Ein klares „NEIN“ ist die ehrliche Antwort. Im Gegensatz zu den sehr umfangreichen wissenschaftlichen Untersuchungen im Kur-medicinischen Bereich (Hillebrand und Weintögl 2001) stehen wir diesbezüglich im alpinen Gesundheitstourismus noch in den Startblöcken.

Was bedeutet „Gesundheitstourismus“? Gemäß Kasper (1996) ist Gesundheitstourismus der „Oberbegriff für einen touristischen Aufenthalt mit dem Ziel der Erhaltung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Gesundheit, bei dem aber – um ihn von einem normalen Ferienaufenthalt zu unterscheiden – Gesundheitsdienstleistungen einen Schwerpunkt bilden“. Diese können sich auf verschiedene physische oder psychische Teilbereiche beziehen (medizinischer Check-Up, Schönheit, Schlankheit, Fitness, Ernährung u.a.). Im Gegensatz dazu ist ein Wellness-Urlaub eher hedonistisch-lustbetont und weniger auf Einzelziele bezogen und weniger medizinisch ausgerichtet (Steinbach 2000). Es sind viele Elemente des integrierten

Gesundheitsurlaubs enthalten. Erlebnis, Unterhaltung, Outdoor-Sportarten spielen eine große Rolle. Der alpine Gesundheitstourismus nützt dementsprechend die natürliche Umgebung der Berge, um die oben angeführten Ziele zu erreichen.

Um für den Urlauber optimale Maßnahmen setzen zu können, gibt es einige Kernfragen aus medizinischer Sicht, die zwingend einer Beantwortung im Sinne eines seriösen Gesundheitstourismus bedürfen:

- Welche gesundheitlichen Maßnahmen im Gesundheitstourismus sind wirksam?
- Welcher Gast profitiert von welchen gesundheitlichen Maßnahmen?
- Wie soll eine individuelle Urlaubsgestaltung aussehen?
- Wo soll der Gesundheits-Urlaub durchgeführt werden? (Bergurlaub versus Urlaub am Meer)

Im Folgenden wird anhand des Projekts AMAS-2000 und des AMAS-Welltain-Urlaubes ein gehbarer Weg gezeigt, wo fundierte medizinische Forschung und touristische Zielsetzungen Einklang finden können.

AMAS-2000

Bei AMAS-2000 handelte es sich um ein Forschungsprojekt mit dem Ziel, die gesundheitlichen Aspekte eines Urlaubs in den Bergen in unterschiedlichen Höhenlagen zu untersuchen und mit etwa einem ident verbrachten Urlaub in Tal-Lage zu vergleichen. AMAS steht für „Austrian Moderate Altitude Study“ und die Zahl 2000 dafür, dass vor allem Aufenthalte bis in Höhen von etwa 2000 m untersucht wurden. Die gesamte Hauptstudie wurde noch im Jahr 2000 abgeschlossen und die Ergebnisse des ersten Teiles des Pilotprojektes in Lech wurden im selben Jahr komplett publiziert.

Der Beschluss, dieses Großprojekt zu planen und durchzuführen, wurde ganz wesentlich von drei Faktoren bestimmt: Schon in den Jahren 1965 bis 1972 erfolgten in Österreich systematische Untersuchungen (in Kühtai/Tirol und in



Unfallstatistiken aus Österreich sprechen von etwa 100 Todesfällen pro Jahr beim Bergwandern, die durch akutes Herzversagen ausgelöst werden. Das diesbezügliche Risiko steigt mit dem Alter und mit dem Vorhandensein typischer Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Übergewicht, Bluthochdruck u.a.). Die größte Gefahr liegt jedoch nach Meinung vieler Experten nicht am Bergwandern selbst, sondern in der Selbstüberschätzung und Untrainiertheit der Ausübenden, sowie im Verkennen von Warnsymptomen für Herz-Kreislauf-Probleme beim Wandern selbst.

Obertauern/Salzburg), welche die klinische und physiologische Bedeutung von Bewegung in mittleren Höhenlagen zum Ziel hatte und eng mit den Namen Inama, Hallhuber und Jungmann verbunden sind. Bereits damals konnten positive Effekte des Höhenklimas auf Urlauber mit Bluthochdruck nachgewiesen werden.

Ein weiteres Motiv sich an dieses Großprojekt zu wagen, ist die Diskrepanz zwischen der Tatsache, dass jährlich etwa 10 Millionen Menschen alleine in Österreich in den Bergen wandern und Ski fahren, dass bis zu 40 Millionen Menschen jährlich die Alpen besuchen und weltweit etwa 100 Millionen in Höhen um 2000 m Urlaub machen, dass aber andererseits umfassende Forschungsergebnisse zu diesem Thema kaum gefunden werden. Das Thema Gesundheit wird zu einem zentralen Thema der Zukunft werden und manche Autoren meinen sogar, dass Gesundheit im ganzheitlichen Sinne (körperlich, seelisch und sozial) im 21. Jahrhundert Träger eines neuen, langen Konjunkturzyklus sein wird (Nefiodof 1997).

In Zukunft muss gefordert werden, dass es auch in Bereichen der Urlaubsmedizin, im Gesundheitstourismus - das betrifft ganz besonders auch den Urlaub in den Bergen - und im Gesamtbereich Wellness eine „Evidence Based Medicine“ (eine auf nachgewiesenen Fakten beruhende medizinische Betätigung) gibt, und dass man nur dann in diesen Fragen mitreden sollte, wenn man Kompetenz vorweisen kann. Kompetenz kann man aber nur erlangen, wenn man bereit ist, groß angelegte Studien nach streng wissenschaftlichen Kriterien durchzuführen. Wann immer mit Gesundheit argumentiert und damit Werbung betrieben wird, ist in jedem Falle der Nachweis zu fordern, auf welchen Studien die Werbeaussagen begründet sind.

Nach langjährigen Diskussionen haben diverse österreichische Institutionen sich der Argumentation der Autoren angeschlossen und ein klares „JA“ zu alpin- und tourismusmedizinischer Forschung gesagt. Dies ist deshalb einmalig, als es sich bei AMAS-2000 nicht um eine Auftragsstudie handelt, sondern um eine



AMAS-Fragestellungen: Wem kann besonders zu einem Urlaub in den Bergen geraten - oder abgeraten - werden? Wie lange ist die ideale Aufenthaltsdauer? Wie sieht die optimale individuelle Betätigung am Berg aus? Welche Höhenlage ist für wen am besten geeignet?

rein akademische Studie, deren Ausgang sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung völlig offen war und die Autoren sich dadurch eine absolute Unabhängigkeit und Freiheit in sämtlichen Aussagen und Publikationen bewahrten. Dennoch bedarf es sehr großer Mittel, um eine solche Studie zu ermöglichen, und es sei an dieser Stelle allen Sponsoren gedankt, die das Projekt unterstützten (siehe Jahrbuch 2000 der Österr. Gesellschaft für Alpin- und Höhenmedizin).

Ziele von AMAS-2000

Wie dargelegt, gibt es eine Reihe tourismusmedizinischer Gründe für die Durchführung der Studie, wobei nicht zu vergessen ist, dass es gerade durch solche Projekte möglich ist, Ratschläge für Touristen, Berg- und Wanderführer, aber auch für Ärzte zu erarbeiten und abzuklären. Fragestellungen wie: Wem kann besonders zu einem Urlaub in den Bergen geraten werden? Wie lange ist die ideale Aufenthaltsdauer? Wie sieht die optimale individuelle Betätigung am Berg aus? Welche Höhenlage ist für wen am besten geeignet? Besonders wichtig erscheint jedoch auch der Bereich, der sich damit beschäftigt, wem eher abzuraten

bzw. ein Urlaub im Tale bzw. auf Meeresniveau zu empfehlen ist. Neben diesen urlaubsmedizinischen Aspekten gibt es aber auch ganz handfeste wissenschaftliche Beweggründe. Von der Grundlagenforschung bis hin zur angewandten Alpinmedizin können vor allem Fragen der Höhenanpassungsmechanismen, aber auch der Optimierung des Höhentrainings durch diese oder vergleichbare Studien beantwortet werden. Bewegung in der Höhe ist ja immer Höhentraining, ganz gleich, ob es sich um einen jungen Spitzensportler oder einen nicht voll trainierten Älteren handelt, entscheidend ist die Dosierung der Bewegung, also die erbrachte Leistung, bezogen auf die Belastbarkeit des jeweiligen Menschen.

Die Bedeutung der „mittleren Höhen“

Warum sind gerade Untersuchungen in alpinen Regionen der sog. „mittleren Höhen“ wichtig? Die klimatischen Veränderungen spielen in den mittleren Höhen eine Sonderrolle, da die Beladung des Blutes mit Sauerstoff (Sauerstoffsättigung) trotz bestehender milder Hypoxie nahezu ident ist mit der in Tal-Lage. Dennoch treten vor allem in den ersten Tagen

Anpassungsmechanismen auf, die dazu führen, dass nach mehrtägigem Aufenthalt und unmittelbar nach Rückkehr in Tal-Lage in manchen Systemen des Körpers eine „Überkompensation“ stattfindet. Der Reiz des milden Sauerstoffmangels („Reizklima“) führt demnach zu positiven Anpassungsmechanismen im Organismus.

Um einen neuen Denkansatz bezüglich Höhenanpassungsmechanismen zu diskutieren, wurde AMAS-2000 mit Personen mit dem sog. „metabolischem Syndrom“ (Übergewicht, erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutzucker- und Blutfettwerte ...) durchgeführt. Diese Vorgangsweise hat zwei entscheidende Gründe:

Erstens sind Übergewicht, Störungen im Blutzucker- und Blutfettstoffwechsel sowie Erhöhung des Blutdrucks, aber auch Veränderungen in der Herzfrequenz in der Bevölkerung sehr häufig und gelten als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese Probanden stellen in gewisser Weise ein Spiegelbild unserer Gesellschaft dar. Zum zweiten dürfte dem metabolischen Syndrom bei Exposition des Menschen in mittleren Höhenlagen ein Modellcharakter zukommen, den wir versuchen abzuklären. Es handelt sich um ein Netzwerk von negativen Zusammenhängen, wobei dem aktivierten Nervensystem (=erhöhter Sympathikotonus) eine entscheidende Rolle zukommt. Es war nun die Überlegung, dass im Laufe des Höhenaufenthaltes diese erhöhten sympathischen Aktivitäten eingebremst und reduziert werden, was letztlich bedeuten müsste, dass ein Höhenaufenthalt bzw. Bewegung in der Höhe selektiv den Sympathikus hemmt und daher in der Lage ist, eine ganze Reihe von Risikofaktoren im Herz-Kreislaufsystem günstig zu beeinflussen.

Lecher Pilotstudie

Zur Beantwortung dieser komplexen Fragen wurde ein sehr umfangreiches Studienprotokoll bearbeitet, wobei an der Pilotstudie in Lech a. Arlberg 22 Männer im Alter von 35 bis 65 Jahren

(Durchschnittsalter 55 Jahre) teilnahmen. Nach einem entsprechenden Screening-Verfahren erfolgten die Voruntersuchungen in Innsbruck, dann ein dreiwöchiger Aufenthalt in Lech/Oberlech (Vorarlberg/Österreich) mit 4-5 geführten und Puls-kontrollierten Wanderungen pro Woche zwischen 1.500 und 2.500 m. Während dieser drei Wochen wurden die nach dem Studienprotokoll erstellten Parameter durch mehrmalige Blutabnahmen aber auch durch nicht invasive (unblutige) Methoden gemessen. Nach Rückkehr in Tal-Lage wurde die Studie mit der Nachuntersuchung in Innsbruck abgeschlossen.

Folgende Bereiche wurden untersucht:

- Herz-Kreislauf-Verhalten (Blutdruckmessung unter Ruhe und Belastung, 24-Stunden Blutdruck- und EKG-Registrierung, Ergometrie)
- Anthropometrische Daten (Körpergewicht, Körpermasse mit Analyse von Muskelmasse, Fett und Wasser)
- Neubildung der roten Blutkörperchen
- Befindlichkeit (neuropsychologische Untersuchungen)
- weitere Organfunktionen (endokrinologischer und immunologischer Natur)

Ergebnisse

Die entscheidenden Ergebnisse waren, dass es nach den 3 Wochen Höhenaufenthalt zu einem deutlichen Abfall des erhöhten Blutdruckes kam, wir eine Verbesserung des Fettstoffwechsels beobachteten, das Körpergewicht um mehr als 2 kg vermindert war (ohne eigentliche diätische Maßnahmen), sich die Qualität der roten Blutkörperchen verbesserte und dass es zur Verbesserung von neuropsychologischen Werten kam (z.B. positive Lebenseinstellung, Schlafqualität; Details siehe Schobersberger W, 2000).

Die große Bedeutung der Lecher Studie liegt darin, dass durch diese Pilotstudie erstmals die Machbarkeit und Sicherheit einer solchen Studie geprüft werden konnte und dass durch diese Stu-

die eine Reihe höchst interessanter Ergebnisse gefunden wurden. Entscheidend am Lecher Projekt ist die Tatsache, dass nur dadurch die Planung des zweiten Teils des AMAS-Projektes möglich war. Hier wurde eine Höhenstudie in Obertauern (Land Salzburg, 1700 m) und parallel dazu eine Talstudie in Bad Tatzmannsdorf (Burgenland, 200 m) durchgeführt, sowie eine neuerliche Pilotstudie als Substudie in Mauternsdorf (Land Salzburg, 1100 m) in Auftrag gegeben. Alle diese angeführten Studien mit 85 Probanden als Teilnehmer, betreut von einem 36-köpfigen Forschungsteam,

zu lösen. Unfallstatistiken aus Österreich (Details siehe www.alpinesicherheit.at) sprechen von etwa 100 Todesfällen pro Jahr beim Bergwandern, die durch akutes Herzversagen ausgelöst werden.

Das diesbezügliche Risiko steigt mit dem Alter und mit dem Vorhandensein typischer Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Übergewicht, Bluthochdruck u.a.). Die größte Gefahr liegt jedoch nach Meinung vieler Experten nicht am Bergwandern selbst, sondern in der Selbstüberschätzung und Untrainiertheit der Ausübenden, sowie im Verken-



Der Konsument, sprich Bergwanderer, geht demnach ohne Rückfrage davon aus, dass das Angebotene, und das gilt zwangsläufig auch für alle Wellness-Urlaube, per se gesundheitsfördernd ist. Der Nachweis, dass das Produkt „Gesundheits-Urlaub“, welches um teures Geld gekauft wird, ähnlich wirksam ist wie ein Medikament, steht bislang aus.

sind abgeschlossen und werden demnächst vorliegen. Die Trends sprechen für die *Bestätigung* der Lecher Daten, wobei wir sehr wohl auch positive Effekte bei den Probanden in Bad Tatzmannsdorf vorgefunden haben.

Wandern als zusätzlicher Risikofaktor?

AMAS-2000 konnte zeigen, dass es nicht zulässig ist, für Personen mit metabolischem Syndrom generell ein „Höhenverbot“ auszusprechen. Allerdings ist es nicht unser vordergründiges Ziel, einen unkritischen Höhenboom aus-

nen von Warnsymptomen für Herz-Kreislauf-Probleme beim Wandern selbst. Darin liegt auch die besondere Herausforderung an den Berg- und Wanderführer, der diese Warnsymptome frühzeitig erkennen sollte und somit ein Herzversagen unter Umständen verhindern kann.

Ein weiteres Problem liegt in den statistischen Analysen: Es gibt keine exakten Datenbanken, die das Risiko für ein akutes Herzversagen beim Bergwandern mit einem ähnlichen Kollektiv von Nicht-Wanderer im Tal sowie einem ähnlichen Kollektiv von Sportausübenden im Flachland

verglichen hätte. Nur wenn es solche Daten gäbe, wäre es zulässig, Personen mit Vorerkrankungen im Herz-Kreislaufsystem den Strandurlaub und nicht die mittleren Höhenlagen als Urlaubsdestination zu empfehlen.

Zukunft des alpinen Gesundheitstourismus

Grundlagenforschung ohne Realisierung und Umsetzung in den medizinischen Alltag würde nur einem Selbstzweck und nicht den vielen bergbegeisterten Urlaubern dienen. Im Falle des Projekts AMAS-2000 war es immer unser Ziel, die wissenschaftlichen Fakten transparent zu gestalten und letztendlich dem Urlauber zugute kommen zu lassen. Deshalb haben wir uns entschlossen, die Erkenntnisse der AMAS-Studie in einen definitiven buchbaren Urlaub einfließen zu lassen, wobei es uns es gelungen ist, in der Gemeinde Lech a. Arlberg einen Partner für dieses innovative Vorhaben zu gewinnen. Erstmals wird basierend auf den AMAS-Daten ein ausgearbeiteter und betreuter mehrwöchiger Wanderurlaub angeboten („AMAS-Welltain-Urlaub“; Welltain = Well-being + Mountain). Die Realisierung des wissenschaft-

lichen Teils von AMAS-2000 in den urlauberorientierten AMAS-Welltain-Urlaub kann jedoch nur der Anfang eines langen Entwicklungsprozesses sein. Nur auf diese Art können auch zukünftig geplante Projekte ähnlich wie AMAS-2000 eine optimale Wirkung für den Urlauber erzielen. Ein besonderes Anliegen ist es uns aufzuzeigen, dass es bei diesen Studien um den Menschen bzw. um seine Gesundheit geht, um die Erforschung der Optimierung von Möglichkeiten in der prophylaktischen und rehabilitativen Medizin. Wir sind große Gegner eines unkontrollierten Massentourismus in den Bergen. Die Alpen sollen nicht, wie auch schon gelesen, die Kraftkammern ersetzen oder gar abschätzend einfach als Sportgerät bezeichnet werden, sondern es sollen es immer die Besonderheiten eines Urlaubs in den Bergen bewusst sein: die Unberührtheit der Natur, die Ursprünglichkeit, die Schönheit der Berge, der Flora und der Fauna. Darin zu wandern wird zum Erlebnis, alle unsere Sinne werden angesprochen, gleichzeitig trainieren wir Muskulatur, Herz-Kreislauf und Atmung und verbessern diverse Stoffwechselparameter.

Literatur:

- Hillebrand, O, Weintögl, G (2001). Handbuch für den Kurarzt. ÖAK Verlag Wien.
 Inama, K, Halhuber MJ (1975). Der Herz-Kreislaufkranke im Hochgebirgsklima. Schriftenreihe der deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt am Main, Heft 25.
 Kaspar, C (1996). Gesundheitstourismus im Trend. Jahrbuch der Schweizer Tourismuswirtschaft 1995/96, Institut für Tourismus und Verkehrswirtschaft, St. Gallen, 53-61.
 Keul, AG (2000). Gesunde Reise-erholbarer Urlaub. In: Keul, AG, Bachleitner, R, Kagelmann, HJ (Hrsg.): Gesund durch Erleben? Beiträge zur Erforschung der Tourismusgesellschaft. Profil Verlag GmbH München, Wien 2000. S 48-53
 Mühlhausen, C (2001). Future Health. Studie des VNR Verlags für die Deutsche Wirtschaft AG. Das Zukunftsinstitut.
 Nefiodow, LA (1997). Der sechste Kondratieff. Rhein-Sieg-Verlag.
 Schobersberger, W, Humpeler, E, Gunga, HC, Burtscher, M, Flora, G (2000). Jahrbuch der Österreichischen Gesellschaft für Alpin- und Höhenmedizin. Raggl digital graphic + print. Innsbruck
 Steinbach, J (2000). Das Marktpotential für den Gesundheits- und Wellness-tourismus. In Keul AG, Bachleitner
 R, Kagelmann HJ (Hrsg.) Gesund durch Erleben? Beiträge zur Erforschung der Tourismusgesellschaft. Profil Verlag GmbH München, Wien 2000. S.73-83.



Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Schobersberger (links) und Univ.-Prof. Dr. Egon Humpeler sind Gründer und Vorstandsmitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Alpin- und Höhenmedizin (ÖGAHM). Gemeinsam leiten sie ein Forschungsinstitut für Urlaubs- und Freizeitmedizin sowie Gesundheitstourismus (IHS - Institut Humpeler-Schobersberger GmbH)