

desinstitut für Sportwissenschaft als der Institution des Bundes die notwendige Funktionsmöglichkeit in all diesen Fragen zu geben, wobei ich den Begriff der Federführung nur ganz vorsichtig in den Raum stellen möchte. Danke schön.

Vors. Dr. Evers: Herzlichen Dank, meine Damen und Herren, wir sind damit am Ende des ersten Komplexes unseres Anhörungsverfahrens. Ich danke unseren Referenten, den Herren Grupe, Lotz und Kirsch für ihre Referate und für ihre Diskussionsbeiträge, hoffe aber, daß sie sich auch weiterhin mit Diskussionsbeiträgen an unserer Aussprache beteiligen werden. Wir kommen nunmehr zum zweiten Teilkomplex "Sportmedizin" und hier darf ich zunächst zu einem einleitenden Referat Herrn Hollmann das Wort geben.

Prof. Hollmann:

Zunächst danke ich recht herzlich, hier die Sportmedizin gemeinsam mit meinen Kollegen als selektives Wissenschaftsgebiet vorstellen zu dürfen. Was ist Sportmedizin? Im Grunde genommen handelt es sich um eine Traditionsbezeichnung, die nur noch einen Teilbereich dieses Faches charakterisiert. Unsere Definition, die auch vom Weltverband für Sportmedizin übernommen wurde, lautet: Sportmedizin stellt das Bemühen der theoretischen und praktischen Medizin dar, den Einfluß von Training und Sport sowie den von Bewegungsmangel auf den Gesunden und kranken Menschen jeder Altersstufe zu analysieren, um die Befunde der Prävention, Therapie und Rehabilitation sowie dem Sportler selbst dienlich zu machen. Mit anderen Worten, man kann 3 Teilbereiche unterstreichen: die präventive, die rehabilitative und jene Medizin, die sich speziell mit den Fragen des Sportes befaßt. In den letzten 1 1/2 Jahrzehnten hat ein besonderes Augenmerk der Sportmedizin dem präventiven und rehabilitativen Sektor gegolten. Hier kommt es in Forschung, Lehre und Praxis in erster Linie darauf an, einerseits den Bewegungsmangelkrankheiten zu begegnen, andererseits die so wertvollen Auswirkungen eines körperlichen Trainings breitbasig zum Tragen zu bringen.

Was kann hiervon erwartet werden? Eine nennenswerte Reduzierung der klinischen Folgen degenerativer Herz-Kreislauf-Veränderungen, damit verbunden eine Herabsetzung von Arbeitsausfall und Frühinvaliditätsquote, ferner die Garantierung einer genügenden körperlichen Leistungsfähigkeit bis in ein hohes Lebensalter hinein. Einschlägige wissenschaftlich exakte Fundamente für diese Feststellungen liegen heute im nationalen wie internationalen Raum vor. Wie, meine Damen und Herren, sind diese Gebiete außerhalb des Sportes in die Sportmedizin gelangt? Sportmedizinische Forschung und Sportleruntersuchung setzt Messungen nicht am ruhenden Menschen, sondern während aktiver körperlicher Belastung voraus. Das erforderte aber die Entwicklung spezieller Apparaturen und Untersuchungstechniken. Die hiermit durchgeführten Untersuchungen ergaben, daß es hiermit möglich ist, beispielsweise Frühdiagnosen von beginnenden krankhaften Veränderungen an den Lungen oder am Herzen zu einem Zeitpunkt zu stellen, in dem in Körperruhe weder subjektiv noch objektiv irgendwelche Veränderungen bemerkbar sind. Infolgedessen wuchs das klinische Interesse an diesen Untersuchungsmethoden. So gewann die Sportmedizin maßgeblichen Anteil an klinischen Diagnosestellungen, an der Entwicklung der Bewegungstherapie und der Rehabilitation beispielsweise im Zustande nach Herzinfarkt. Ganze klassische Forschungsrichtungen in der klinischen Medizin wurden so von der Sportmedizin in apparativ-technischer Hinsicht, ferner in der Aufdeckung physiologischer Zusammenhänge und in deren Anwendung in klinischer Konsequenz geprägt. Sie, meine Damen und Herren, werden sich nun in erster Linie vermutlich für die sportbezogenen Fragen der Sportmedizin interessieren. Sie sind geprägt, sie resultieren aus den Wünschen des Sportes an die Medizin. Vier Faktoren stehen im Vordergrund.

1. Ärztliche Behandlung des Sportlers im Falle von Verletzungen und Erkrankungen.
2. Die ärztliche Betreuung des Sportlers, speziell des Leistungssportlers, zur Vermeidung von Schäden und deren Konsequenzen.
3. Objektivierung des Trainingszustandes d.h. exakte zahlenmäßige Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit zur entsprechenden Trainingsberatung des Sportlers und des Athleten.

4. Mitwirkung an der Entwicklung optimaler Trainingsmethoden.

In diesem Zusammenhang mag es zum besseren Gesamtverständnis interessieren, daß auch aus der Sicht des Auslandes im Bezug auf diese klassische Form der Sportmedizin Deutschland als das Mutterland der Sportmedizin gilt. 1911 fand die erste internationale Hygieneausstellung in Dresden mit einem großen Sportlaboratorium statt. 1912 erfolgte der erste sportmedizinische Kongreß der Welt in Oberhof in Thüringen. Im gleichen Jahr 1912 konstituierte sich der erste Sportärzteverband der Erde. 1920 wurde unter maßgeblicher ärztlicher Mitwirkung die erste Sporthochschule der Welt, nämlich die in Berlin, die Vorläuferin der heutigen Kölner Sporthochschule, gegründet. 1924 erschien die erste sportmedizinische Fachzeitschrift der Erde in Deutschland und der 1928 gegründete Weltverband für Sportmedizin führt seine Existenz auf deutschen Antrag und Initiative zurück. Der erste offizielle Lehrstuhl, und zwar ein außerordentlicher Lehrstuhl für Sportmedizin wurde an der Universität Hamburg im Jahre 1928 eingeführt und von Knoll besetzt.

Wie sieht nun die Sportmedizin in der Bundesrepublik Deutschland aus? An der Basis steht der sog. Sportarzt. Er ist entweder diplomiert oder besitzt die sog. Zusatzbezeichnung Sportmedizin. Das Sportärztediplom wird vom Deutschen Sportärztebund erteilt. Es kann erlangt werden schon durch Teilnahme an einigen wenigen Wochenendkursen. Hingegen ist die Zusatzbezeichnung Sportmedizin von der Bundesärztekammer anerkannt, wird von den Landesärztekammern erteilt und setzt eine spezielle Ausbildung in weit über 100 vorgeschriebenen Ausbildungsstunden voraus. Derzeit haben wir in der Bundesrepublik ungefähr 4.200 diplomierte Sportärzte, denen einige hundert Sportärzte mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin gegenüberstehen. Eine weitaus größere Zahl von Ärzten in der Bundesrepublik führt aber mehr oder weniger routinemäßig sportärztliche Untersuchungen durch. Durch eine entsprechende Fragebogenaktion ermittelten wir im Bezug auf dieses Kontingent eine Zahl von allein 8 1/2 tausend Ärzten nur in dem Bundesland Nordrhein-Westfalen. Man kann die Frage stellen, warum haben wir

in der Bundesrepublik keinen Facharzt für Sportmedizin? Nun, diesen Facharzt für Sportmedizin wird es auch sicherlich in naher oder gar fernerer Zukunft nicht geben. Bekanntlich werden nämlich die Facharzt-Bezeichnungen von der Bundesärztekammer ausgegeben.

Nach den Statuten der Bundesärztekammer aber ist Voraussetzung für eine selektive Facharztbezeichnung die Existenzmöglichkeit dieses Arztes bei Ausübung allein dieser einen fachärztlichen Tätigkeit. Das würde aber eine Überforderung der Existenzmöglichkeit bei alleiniger Tätigkeit auf dem Gebiete der Sportmedizin bedeuten. Die sportmedizinische Forschung und Lehre in der Bundesrepublik Deutschland entwickelte sich nach dem 2. Weltkrieg ausschließlich durch die Privatinitiative einiger weniger Persönlichkeiten. Sie schufen sich sportmedizinische Arbeitskreise entweder in Kliniken oder gründeten eigene Institute. War die betreffende Forschungsarbeit erfolgreich, kam an einigen Universitäten im Laufe der Jahre die jeweilige medizinische Fakultät her und richtete einen zunächst außerordentlichen dann ordentlichen Lehrstuhl für Sportmedizin ein. Erst in den letzten Jahren ging auf eigene Initiative medizinischer Fakultäten die Gründung sportmedizinischer Lehrstühle von-statten. Wir haben heute in der Bundesrepublik ordentliche Professuren, also ordentliche Lehrstühle für Sportmedizin in Freiburg, Gießen, Hamburg, Kiel, Köln, München und Münster. Alle Stellen sind besetzt. Darüber hinaus existieren außerordentliche Stellen in Bremen, Oldenburg, Hannover, Bochum, Tübingen, Mainz. Es mag sein, daß die eine oder andere Universität im Moment nicht genannt wurde und daß auch Entwicklungen mir im Moment aus den letzten Monaten unbekannt sind. Die Einordnung dieser sportmedizinischen Lehrstühle, stellt noch ein Problem dar. Um die ganze Breite der sportmedizinischen Forschung, Lehre und Praxis zum Tragen bringen zu können, wäre eine Doppelmitgliedschaft im gesamtwissenschaftlichen Bereich wünschenswert, das hieße verankert in der medizinischen Fakultät respektive in einer medizinischen Klinik gleichzeitige Zugehörigkeit zum sportwissenschaftlichen Fachbereich. Leider ist ein mehr oder weniger gerade umgesetzter gerichteter Weg an einigen

Universitäten beschriftet worden. So gibt es heute Lehrstühle für Sportmedizin, die ausschließlich dem sportwissenschaftlichen Bereich angehören. Das aber birgt zumindest die Gefahr einer Verkümmernng der betreffenden sportmedizinischen Forschung, Lehre und Praxis in sich.

Hinsichtlich der Sie interessierenden Fragen über personelle Struktur, apparative Ausstattung, sonstige strukturelle Modelle, sind an den einzelnen Universitäten so unterschiedliche Entwicklungswege in den letzten Jahren vonstattengegangen, daß man sie nicht mehr generell auf einen Nenner bringen kann. Hier muß die einschlägige Diskussion weitere Fragen bringen. Alle vorgenannten Lehrstühle sind mit Ausnahme des in München erwähnten internistischer und physiologischer Art. So verstehen sich auch die Forschungsschwerpunkte in der Sportmedizin. Sie betreffen heute in erster Linie Probleme von Herz, Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Skelettmuskulatur, Regulationsfragen. Man kann aus der Sicht der inneren Medizin diese Gebiete als gut bis sehr gut bearbeitet ansehen. Ein Mangel und Nachholbedarf besteht sicherlich im Bereiche der Orthopädie. Das hängt nicht zuletzt mit dem eben erwähnten Befund zusammen, daß wir nur über eine Professur ordentlicher Art nur einen Lehrstuhl für Orthopädie in der Bundesrepublik im Rahmen der Sportmedizin verfügen.

Wie steht nun die Sportmedizin im internationalen Aspekt? Die Grundlagenforschung gilt in der Sicht des Auslandes bezogen auf die Bundesrepublik als zur Weltspitze zählend. In der Zweckforschung wird diese Weltspitze in erster Linie von der Sowjetunion und der DDR gebildet. Der Abstand zwischen diesen beiden Ländern und der Zweckforschung der Bundesrepublik ist jedoch geringer als er durchweg angegeben wird und beginnt in den letzten 1, 2 Jahren sich zusehends zu verkürzen. Ein Minuspunkt für die Sportmedizin in der Bundesrepublik ist die gewissermaßen life-long-Begleitung also die sportmedizinische Untersuchung, Betreuung und Beratung vom Vorschulalter bis zum Greisenalter. Das betrifft in erster Linie den orthopädischen Aspekt. Diese Richtungen aber dürften mehr wegen den Kompetenzen in Länder als in Bundesgewalt fallen. Unser Wunsch nun an das Bundesministerium des Innern und damit an Sie.

In den vergangenen Jahren mußten seitens des Bundesinstituts für Sportwissenschaft immer wieder wertvolle sportmedizinische Anträge abgelehnt oder vertagt werden wegen Mangels an Mitteln. Wir haben einmal die tatsächlich benötigten Mittel, um die gewünschte zumindest abdeckende Forschung vom Kindes- bis zum Greisenalter in Bezug auf Sport absolvieren können mittelmäßig abgeschätzt. Die Konsequenz lautet: Würde der deutschen sportmedizinischen Forschung jährlich ein Betrag von etwa 2 Mio DM zur Verfügung stehen, könnte unsere Aufgabe und unser Anliegen sicherlich nach dem heutigen Stand voll erfüllt werden. Der forschende Mensch hat es verstanden, den Mikrokosmos und den Makrokosmos mathematisch zu erfassen. Daraus resultiert bekanntlich unser Weltbild und unser Selbstverständnis. Aber die Relationen und Proportionen zwischen Forschungsaufwand und Forschungsergebnis sind gerade in diesem und auch schon im vorigen Jahr immer mehr in das verständliche Kreuzfeuer der Kritik geraten. Ein Beispiel mag das erläutern. In den nuklearen Forschungszentren Daesi und Cern bemüht man sich um die Entdeckung weiterer subatomarer Teilchen. Wissenschaftlich gesichert sind 10^8 subatomare Teilchen vorhanden. Jede weitere Entdeckung eines neuen Teilchens erfordert hunderte von Millionen DM, die in der Gesamtsumme bis in den Milliardenbereich gehen. Daß hier natürlich die Frage nach der späteren Nutzbarmachung auftritt bei diesen finanziellen Dimensionen ist verständlich. Wenn Sie, meine Damen und Herren, uns unterstützen mit 2 Mio DM Forschung für die Sportmedizin zur Erhaltung der Gesundheit und zur Förderung der Leistungsfähigkeit vom Kindes- bis zum Greisenalter, wer wollte Ihnen dann einen Tadel bereiten?

Prof. Reindell:

..... auch an die Thematik, die vorhin schon angeklungen ist, Umsetzung sportwissenschaftliche Ergebnisse in die Praxis, zu reden, schien mir sehr aktuell aber ich will mich nur beschränken kurz auf das was Herr Hollmann gesagt hat, die Sportmedizin an der Hochschule, und da

ist in der Bundesentwicklung eine ganz negative Entwicklung im Gange. Eine negative Entwicklung, ich will nicht parteipolitisch werden, die eigentlich nur in Baden-Württemberg

gelöst wird. Nun, worin sehe ich bei der negativen Entwicklung das Positive. Sie haben schon von Herrn Hollmann gehört, daß es heute Fachbereiche gibt, an jeder Universität, wo die Sportmedizin den Fachbereich Psychologie, Soziologie, Pädagogik an einzelnen Stellen so glaube ich Musik zugeordnet ist. Das heißt also, hier wird ein hochqualifizierter Sportmediziner einem Fachbereich zugeordnet und steht nun vollkommen außerhalb der Möglichkeiten der Forschung, denn ein Sportmediziner kann natürlich nur positiv tätig sein, Anregungen erhoffen, wenn er in einer Klinik verankert ist in einer medizinischen Klinik, in einer chirurgischen Klinik oder einem physiologischen Institut. Das ist heute nicht mehr der Fall, so wie die Sportmedizin sich entwickelt. Vielleicht wird das gar nicht zunächst so von Ihnen verstanden. Sie müssen sich vorstellen, ein Physiologe kommt heute nach Kiel, er ist dem Fachbereich Sportwissenschaft zugeordnet, es ist sehr gut für diesen Fachbereich, daß Sportlehrer nun unterrichtet werden, daß auch im örtlichen Bereich untersucht wird, aber das was uns Sportmediziner am Herzen liegt, daß die Sportmedizin sich weiter entwickelt, ist nicht mehr gegeben. Das heißt also, ein solcher Mann hat keine Möglichkeiten, hochwertige Assistenten zu bekommen, denn es wird kein Assistent an eine Institution gehen, wo er nicht die Möglichkeit hat, daß er ärztlich tätig ist und die Zeit wird ihm nicht angerechnet, es ist also unmöglich, daß dort jemand sich z.B. für eine Facharztausbildung ausrichten kann. Weiterhin ist zu sagen, zu den sportmedizinischen Forschungsergebnissen, daß heute eine angewandte Physiologie nur möglich ist, wenn ihnen hochentwickelte Apparaturen der Kliniken zur Verfügung stehen, wenn sie entsprechende technische Assistenten, wenn sie entsprechende Labors haben. All das steht den Vertretern der Sportmedizin in den Fachbereichen Sportmedizin heute nicht mehr zur Verfügung. Wir sind Ärzte, wir brauchen auch als Sportmediziner die tägliche Anregung durch das Krankengut, was wir sehen. Sie sehen, die Sportmedizin entwickelt sich heute

immer mehr zum Breitensport, zum Alterssport hin, das heißt also, Fragen der Präventiv, der Rehabilitation, die stehen ganz im Vordergrund. Sie können niemals, wenn sie isoliert aus den Kliniken nun jahrelang wirken, nun diese ganze Problematik der Rehabilitation so lebendig mit erfassen, daß Sie sie nachher weitergeben können. Ich will also damit sagen, auch die Möglichkeit der Rehabilitation ist nicht mehr gegeben. Das heißt also, die Sportmedizin hat keine Möglichkeiten mehr, um Nachwuchs heranzuziehen. Nun, ich sagte, dieses Problem ist

in Baden-Württemberg gelöst. Wir haben zum Beispiel in Freiburg es erreicht, daß Herr Keul, ich muß das hier mal mit Namen nennen, heute als Sportmediziner Ordinarius ist in der inneren Klinik. Das heißt, er hat also eine Abteilung in der inneren Klinik, wobei ihm Betten zur Verfügung stehen, seine Assistenten rotieren in der Röntgenabteilung und allerhand Labors. Dasselbe Modell ist jetzt erreicht in Tübingen aufgrund der Verdienste des Kultusministeriums von Baden-Württemberg. In Heidelberg haben wir dieselbe Entwicklung. Ich kann nicht verstehen, daß die Kultusminister sämtlicher Länder nicht erkannt haben, was die Sportmedizin heute auf dem Sektor der Rehabilitation für Aufgaben hat, denn Herr Hollmann hat dies ja angedeutet, die ganze Funktionsdiagnostik heute, die kardiologische Funktionsdiagnostik, zum Erkennen von Fröhschäden ist eine Sache der Sportmedizin. Die ganzen Grundlagen der Bewegungstherapie ist eine Sache der Sportmedizin. Das sehen Sie daran, daß heute die großen Institutionen für Rehabilitation von Sportmedizinern besetzt sind. Ich will also damit sagen, sowie die Entwicklung

der Sportmedizin heute läuft, ist das der Tod der Sportmedizin. Ich habe immer so das Gefühl, wenn jemand so eine Stelle annimmt, ist das so ungefähr, als wenn er als praktischer Arzt aufs Land versetzt wird, wo er im Grunde genommen garnicht hin will. Das möchte ich zu dem Thema Sportmedizin und Hochschule sagen.

Prof. Keul:

Ich wollte auf einige Schwerpunkte hinweisen. Zunächst möchte ich das ergänzen, was Herr Reindell gesagt hat, daß es sichtlich von ganz entscheidender Bedeutung ist, daß die Sportmedizin integrierter Bestandteil von Kliniken oder Institutionen bleibt oder aber wir müssen die andere Seite wählen, wie das in Köln bei der Sporthochschule der Fall ist, daß solche große Institute geschaffen werden, die als eigenständige Forschungseinheiten lebensfähig und arbeitsfähig sind, aber ich glaube nicht, daß dafür die finanziellen Voraussetzungen geschaffen sind. Ich möchte auf einige Schwerpunkte hinweisen und damit auch auf einige frustrierende Elemente.

Wir bemühen uns derzeit um Probleme des Vorschulalters, der Belastbarkeit von Kindern, bevor sie in die Schule gehen und die Auswirkungen dieser Belastungen. Ebenfalls weiterhin um die Belastbarkeit von Schulkindern. Nur fragen wir uns manchmal als Mediziner wenn es geht um die sportpraktische Umsetzung, was das ganze eigentlich noch soll. Natürlich sind wir an den Grundlagen interessiert, aber wir wissen doch heute ganz genau, wieviel Stunden das Kind Schulunterricht also Sportunterricht haben muß, wie der Sportunterricht gestaltet werden muß,

diese Probleme sind seit Jahren bekannt, aber es wird nicht realisiert. Das heißt, man hat die Voraussetzungen geschaffen für die Forschung, aber von politischer Seite wird die Entscheidung nicht gefällt, daß das für die Kinder getan wird, was wir heute ganz gesichert wissen, seit 10 Jahren, zum Teil seit 15 Jahren und wir können heute zwar noch neue Grundlagen erweitern, aber das Wesentliche ist abgeschlossen. Und hier ist für uns natürlich der Bereich dann etwas frustrierend, wenn wir nicht erkennen, daß unsere Arbeit auch Früchte trägt. Das zweite ist, daß wir diese Ergebnisse natürlich auswerten für eine Talentsuche und hiermit begegnen wir uns wieder mit dem Spitzensport, welche Möglichkeiten

gibt es, Kinder zu überführen in eine kontinuierliche Leistungsentwicklung und da beginnen wir heute bereits mit Kindern, die 3, 6 Jahre alt sind, wobei natürlich der Leistungssport nur eine schmale Sparte sein kann.

Der zweite Bereich ist ^{es}der uns besonders interessiert und der für unser Volk ganz entscheidende Bedeutung hat, das ist die Einbeziehung körperlicher Aktivität für den Kranken, Bewegungstherapie beim Herzinfarkt, Diabetes mellitus und der Hypertonie. Es gibt einige Vereine in Deutschland, die dies zum Bestandteil ihrer Vereinsaufgabe gemacht haben. Daß das so bedeutsam ist, ist daran zu erkennen, daß ein Tag in einem Rehabilitationszentrum heute den Sozialversicherungsträger 200 oder 300 DM kostet. Diese Tätigkeit ist u.U. völlig vergebens, wenn nach 4 oder 6 Wochen der Betreffende die Rehabilitationsmaßnahme nicht zu Hause fortsetzt. Wir müssen es also erreichen, daß die körperliche Aktivität als Bestandteil zu Hause fortgesetzt wird, was uns fast auch kein Geld kostet. Ein weiteres Problem, was im Vordergrund unserer Aktivitäten steht, ist die Möglichkeiten der Verminderung oder der Verbesserung der Streßresistenz des Menschen. Wir können durch körperliche Aktivität die Möglichkeiten des Menschen, sich gegenüber Streßsituationen zu schützen oder abgeschirmt zu werden, verbessern und hier haben wir in den letzten 2 Jahren insbesondere auch im Rahmen des Sports Streßsituationen untersucht um damit auch für die allgemeine Gesellschaft Spielregeln zu finden.

Ein weiterer Punkt, der im Mittelpunkt steht, zu unserer Beobachtung steht und stand, ist der Leistungssport selbst und hier müssen wir einen Schritt weiter gehen, der allerdings sehr finanz- und personalaufwendig ist. Ein Punkt, der von den Spitzensportlern bei Hearings mehrmals gesagt worden ist, das ist der Bereich der wettkampf- und trainingsbegleitender Maßnahmen. Das heißt, daß wir während eines Trainings als Mediziner mit Einsteigen mit unseren Untersuchungen, den entsprechenden Sportlern im Rahmen des Trainingsprozesses begleiten und in Zusammenarbeit mit dem Trainer das Training gestalten oder umändern, um neue Reizsetzungen zu setzen. Eine solche

Tätigkeit/
die Herr Hollmann ja auch eben anführte, die im Osten stärker betonte als bei uns, ist höchst personalaufwendig. Wir können das aus eigenem Erleben sagen, wenn wir zu Länderkämpfen gefahren sind, Deutschland/Rußland, Deutschland/Amerika, um die Spitzensportler zu untersuchen, da sind wir stets mit einem Team von 8 - 10 Leuten dahin gefahren, weil innerhalb kürzester Zeit ganz genau die Untersuchungen erfolgen müssen, um entsprechende verwertbare Daten zu haben. Nun, ich darf von der medizinischen Seite auf einige Punkte eingehen bezüglich des Bundesinstituts. Von unserer Seite her ist die Zusammenarbeit ausgezeichnet. Wir haben eine sehr sachgerechte Förderung erfahren, es gibt einen Punkt, den wir als Minuspunkt ankreiden, der aber von politischer Seite entschieden werden muß, das ist die Frage der langfristigen Förderung. Ich darf auf ein Beispiel bei uns in Freiburg eingehen, ich weiß, daß in Köln ähnliche sind, ich habe zwei sehr ausgezeichnete Mitarbeiter, der eine ist 40, der andere 35 Jahre alt, jeder hat 2 Kinder, die bekommen jedes Mal Jahresverträge. Ein Jahresvertrag, der im November entschieden wird, und zwar wird dann entschieden, ob er im nächsten Jahr noch seine BAT 2 A-Stelle haben kann oder nicht. Nun, solange ich gesund und leistungsfähig bin und das Bundesinstitut diese Mittel hat, wird das möglich sein. Aber das ist für meine Begriffe für eine langfristige Entwicklung, die wir ja brauchen, und Herr Grupe sagte ja, wir brauchen eine Entwicklung von 5 bis 10 Jahren, nicht möglich, daß wir Mitarbeiter für 1 Jahr stets bei uns behalten, wir müssen Möglichkeiten finden und suchen, wertvolle Mitarbeiter in eine langfristige Entwicklung einzubinden. Zu dem Punkt der Koordination von seiten der Sportmediziner möchte ich bezüglich der Koordination zwischen den einzelnen Untersuchungsstellen doch etwas einschränken. Wir haben z.B. eine sehr gute Zusammenarbeit mit Köln. Wir tauschen Mitarbeiter aus, aber das hat ja alles seine Grenzen. Wir haben Schwerpunkte, diese Schwerpunkte werden in einem bestimmten Programm erarbeitet, da besteht ein Zeitablauf. Eine Koordination im wissenschaftlichen Sektor über 500 km, d.h. daß doch gemeinsame Laborwerte erhoben werden, ist außergewöhnlich schwierig und ich möchte beinahe meinen, daß es z.T.

kostenaufwendiger ist als wenn es zweimal gemacht wird. Darüber hinaus kommen wir zu einem zweiten Punkt: Es müssen viele Dinge zweimal gemacht werden. Es muß so sein, daß Ergebnisse, die in Freiburg erhoben worden sind, bestätigt werden, oder die in Köln erhoben werden, von uns bestätigt werden und meistens werden mit der Bestätigung noch neue Forschungsansätze gefunden und neue Erkenntnisse erarbeitet. Nun, die andere Fragestellung, die anklang auch in Ihrem Brief, Herr Dr. Evers, die ich noch kurz erwähnen wollte, ist die Koordination der Forschung durch das Bundesinstitut. Das ist z.T. sicherlich eine löbliche Angelegenheit, aber dann muß auch die Entscheidung fallen, daß das Bundesinstitut mit viel mehr qualifizierten Wissenschaftlern ausgestattet wird, denn eine solche Koordination von einem Institut kann nur erfolgen durch Wissenschaftler, die dieses Handwerk kennen die die Fragestellungen mit erarbeiten können und dazu ist die personelle Voraussetzung so wie ich das sehe im Augenblick nicht gegeben, daß man dies nicht im Augenblick auch erwarten kann.

Prof. Felten:

Gestatten

Sie einem Arzt, der sich, bevor er in den Schoß der Sportmedizin zurückgekehrt ist, vorher in der Forschung der Atommedizin und des Umweltschutzes umgetan hat, sein Thema abzuhandeln unter der Überschrift: Der Sport und seine Medizin in einer modernen Umwelt heute. Entwicklungsvorgänge größeren Ausmaßes vollziehen sich zumeist nur langsam über längere Zeiträume hinweg. Sie werden daher von den Menschen, die in diesen Zeiträumen selbst leben müssen, kaum wahrgenommen, denn es handelt sich ja stets nur um kleine, fast unmerkliche Schritte. So kommt es, daß auch unserer Zeit und ihren Menschen kaum bewußt

wird, wie eine ganz wesentliche Lebensäußerung, nämlich diejenige der Bewegung und der körperlichen Tätigkeit, immer weiter zurückgedrängt bzw. eingeengt worden ist. Nun gilt aber nach wie vor, daß neben den Stoffwechselfvorgängen und dem Teilungsvermögen die Fähigkeit zur Bewegung zu den Grundäußerungen des Lebendigen überhaupt gehört. Vereinfachend könnte man daher sagen, alles Leben ist zunächst Bewegung. Wer wie der Arzt die feine Ausgewogenheit biologischer Zusammenhänge und Regelfunktionen zu beobachten gelernt hat, wird unschwer erkennen, daß man kaum ungestraft an einem dieser Grundpfeiler des Lebens rütteln kann. Es ist aber auch Tatsache, daß in den letzten 50 Jahren Zug um Zug die Möglichkeiten und die Notwendigkeit zur körperlichen Aktivität auch im Sinne der Arbeit und zur freien körperlichen Bewegung eingeschränkt, behindert und teilweise sogar unmöglich gemacht wurden. Auch heute noch wird Passivität als vollendeter Lebensgenuß in der Werbung propagiert, ist körperliches Sich-Verausgaben in den Augen vieler nur mit vorzeitigem Verschleiß verbunden. Dabei wird seit Jahrzehnten im Naturkundeunterricht schon der Grundschulen der biologische Grundsatz der Anpassung durch Anforderung gelehrt, der genau das Gegenteil der vorherigen Auffassung belegt. Inzwischen haben zumindest in den Industrienationen auch weitgehende Veränderungen im Gefüge der menschlichen Umweltbedingung stattgefunden. Urbanisierung, Änderung des gesamten Wohnhabitats, Motorisierung, Mechanisierung bzw. Automatisierung, fast alle Arbeitsvorgänge brachten in allen Lebensbereichen des Menschen auch im nicht beruflichen privaten Bereich eine Abkehr von jeder Art körperlichen Engagements. Das Mißbehagen an einer scheinbar perfekten Welt ohne Anstrengung und ohne Bewegung artikuliert sich allenthalben, wenn man nur die Zusammenhänge richtig erkennt. Stoffwechselkrankheiten wie z.B. die Zuckerkrankheit, Gicht und manche anderen, Herzinfarkt und Gefäßkrankheiten, vielleicht sogar Einflüsse auf die Entstehung bösartiger Geschwülste, Haltungsfehler und Schwächen des Stütz- und Bindeapparates sind faßbare Anzeichen im medizinischen Bereich, daß das System Mensch-Umwelt nicht mehr im biologischen Gleichgewicht ist. Obwohl unsere Ernährung kalorisch und substantiell noch nie zuvor so üppig war, ist unser körperlicher Tätigkeits- und Bewegungsspielraum nahezu auf den Wirkungsbereich eines sitzend Gelähmten reduziert, und

dies beginnt schon im Kleinkindes- und Schulalter, wo der natürliche Bewegungs- und Betätigungsdrang noch sprichwörtlich ist. So geht es auch weiter in der Ausbildungszeit und später im beruflichen Leben und in der privaten Sphäre erst recht. In dieser Situation, die aus den verschiedensten Gründen was die Umweltbedingungen betrifft, nicht mehr zurückzubringen sein wird, gewinnt der Sport eine Bedeutung, die er in diesem buchstäblich lebenswichtigen Maße noch nie zuvor besessen hat. Wenn es dem einzelnen durch seine modernen Lebensbedingungen zunehmend unmöglich gemacht wird, seiner Körperlichkeit adäquaten d.h. bewegten Ausdruck zu verleihen, sei es im Beruf, sei es im privaten Bereich, so könnte der Sport hier alle Möglichkeiten eröffnen, um die gewünschte und notwendige körperliche Entfaltung im weitesten Sinne zu gewährleisten. Und in der Tat sieht es so aus, als sei die sportliche Alternative z.Z. das einzige Konzept, das aus dem Dilemma unserer noch nicht bewältigten bewegungs- und betätigungsarmen Neuzeit herauszuführen vermöchte. Das Problem wird zwar auf der Gesundheitsseite zunehmend deutlicher erkannt, jedoch ist man von einer Umsetzung dieser ärztlichen Erkenntnisse, die maßgeblich von der Sportmedizin erarbeitet wurden, in das breite Bewußtsein des Volksganzen noch sehr weit entfernt. Der zunehmend enger werdende persönliche Lebensraum und die alarmierende Zunahme immer vorzeitiger auftretender Zivilisationskrankheiten zwingen daher in naher Zukunft zu einem konzeptionellen Zusammengehen der für unsere Arbeits- und Freizeitumwelt Zuständigen mit den Verantwortlichen auf dem Gesundheits- und dem Sportsektor. Ansätze hierzu sind seit einiger Zeit erkennbar. Zu nennen sind hier der Arbeitskreis, der sich im DSB konstituiert hat, Herausforderung des Sports durch die Umwelt, der vom Bundesinstitut maßgeblich mitgetragen wird, ferner auch der Forschungsauftrag des Bundesinstituts Sport im Arbeitsleben und schließlich auch die gemeinschaftlich mit dem DSB und dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit gegründeten Arbeitskreis Ernährung und Bewegung, der gerade im Dezember seine Arbeit auch in den Publikationsorganen aufgenommen hat.

Es ist in der Tat eine wirkliche Herausforderung, die unsere Zeit für die Sportmedizin darstellt, aber es gibt deutliche Anzeichen dafür, daß diese die Herausforderung verstanden und angenommen hat. Eines dieser Anzeichen ist die Tatsache, daß die führenden sportmedizinischen Forschungszentren der Bundesrepublik in zunehmendem Maße neben den Forschungsarbeiten auf dem Gebiet des Leistungssports zugleich auch wissenschaftliche Untersuchungen durchführen, während Zielstellungen ganz eindeutig in die Richtung des sog. Breitensports gehen. Für die wissenschaftlich orientierte Sportmedizin, die ohnehin aus der klinischen Medizin gewachsen ist und auch heute eng in ihr verwurzelt bleibt, hat eine Trennung oder gar Rivalität zwischen den beiden Anliegen des Hochleistungssportes und des Sportes für alle nie ernsthaft bestanden. Der Begriff der *vita maxima*, also des Lebens unter allerhöchster körperlicher Anforderung wurde zwar am klinischen Untersuchungsgut zuerst begründet, fand aber erst in der Sportmedizin seine physiologische Überprüfung, Entsprechung und Bestätigung. In der sportärztlichen Praxis einiger Untersuchungszentren zeigt sich die längst aufgegebene strikte Trennung zwischen Leistungssport und Breitensport am deutlichsten. Die subtile Kenntnis der Ärzte in diesen sportmedizinischen Untersuchungszentren über das körperliche Verhalten unter Hochleistungsbedingungen brachte es natürlicherweise mit sich, daß manche Kliniker und schließlich auch andere aufgeschlossene Ärzte ihre betreuten Patienten z.B. mit differenzierten Kreislauffragestellungen an jene Zentren zur Begutachtung überwiesen. Wie hoch noch die Belastbarkeit angesetzt werden kann, ist nicht nur für den Älteren oder für den bereits vom Herzinfarkt Ereilten wichtig, dies kann die vitale Ausgangsfrage ebenso sein für den beruflich erfolgreichen 35-jährigen, der vielleicht nie vorher Sport getrieben hat oder der 10 Jahre sportabstinent war. Dadurch aber, daß unsere Untersuchungszentren nicht nur in der Blüte ihrer Leistungsfähigkeit stehende junge Menschen sehen, werden die dort arbeitenden Ärzte vor jener Einseitigkeit bewahrt, die sie auf die Dauer wissenschaftlich steril machen würde. Es liegt also im Interesse auch der primär leistungsorientierten Sportmedizin, wenn die Aspekte eines Sports für alle aber auch die

Anliegen der klinischen Medizin ausreichende Berücksichtigung finden.

Ich fasse zusammen: Durch eine in wenigen Dezenien erfolgte Veränderung unserer menschlichen Umweltbedingungen, die nicht nur unseren Arbeitsalltag, sondern auch den subtilsten privaten Bereich erfaßt hat, ist der Sport unversehens von der schönsten Nebensache der Welt zu einem sprichwörtlich lebenswichtigen und lebensnotwendigen Stellenwert aufgerückt; denn menschliches Leben ohne jegliches körperliches Engagement, ohne ausreichende Bewegung und ohne die Möglichkeit vollen körperlichen Einsatzes bedeutet nicht nur Verlust des leiblichen und seelischen Wohlbefindens, sondern auch vorzeitigen gesundheitlichen Zerfall eines ganzen Volkes. Die seit 1970 erstmalig sinkende Kurve der allgemeinen Lebenserwartung unserer Bevölkerung mag hier als feiner Indikator gelten. Es ist das Verdienst der wissenschaftlichen Sportmedizin, diese Zusammenhänge frühzeitig erkannt und die daraus resultierenden Folgerungen neben dem Spitzensport auch in den Dienst des sog. Breitensports gestellt zu haben. Aus der Sicht der Leistungsmedizin, deren erfolgreiche Untersuchungszentren nicht ohne Grund aus den großen klinischen Forschungsstätten so bedeutender Universitäten wie z.B. Berlin, Freiburg und Köln hervorgegangen sind, gibt es weder Trennung noch Rivalität zwischen den beiden gleichrangigen Anliegen des Spitzensportes und einem Sport für alle, dienen doch die medizinischen Ergebnisse aus den Untersuchungen der einen Gruppe schon immer der der anderen und umgekehrt. Die Bedeutung des Sportes insgesamt und die Verantwortung seiner Sportmedizin für Wohl und Wehe des einzelnen wie des Volksganzen sind nie dringlicher und nie drängender gewesen als in unserer Zeit und derjenigen, die vor uns erkennbar wird. Ich glaube, daß die Sportmedizin in der Lage ist, diese

Chance zu nutzen, die in dieser Herausforderung enthalten ist. Gestatten Sie mir außerhalb dieser Bemerkungen vielleicht eine Anfügung zu der Frage, die an uns gestellt war hinsichtlich der personellen Ausstattung des Bundesinstituts. Der Fachbereich Wissenschaft, dessen Leitung mir vor 2 1/2 Jahren aufgetragen wurde, hat insgesamt 7 Stellen, von denen nunmehr 6 mit Referenten aus dem pädagogischen bzw. gesellschaftswissenschaftlichen Bereich besetzt sind. Die einzige vorhandene Medizinerstelle, die nach der Besoldungsgruppe A 15 eingestuft war, wurde zugunsten eines weiterhin einzustellenden Pädagogen im Referat Bewegungslehre für diesen freigemacht, da die Einstellung eines Sportmediziners nach bisher vergeblichen Gesprächen mit über 50 Bewerbern ohnehin noch gute Weile haben würde. Sie verstehen, daß die Ausstattung mit einer Stelle ohnehin ein Minimum sein kann, um die Aufgaben der Sportmedizin, die den größten Anteil innerhalb der sportwissenschaftlichen Disziplin stellt, zu erfüllen. Wenn diese Stelle nicht besetzt wird oder nicht besetzt werden kann, weil sie im Rahmen der Sparmaßnahmen gestrichen wird, bleibt mir nichts anderes übrig, als das zu tun, was ich 2 1/2 Jahre mit viel Freude getan habe, nämlich das Referat für Sportmedizin selbst wahrzunehmen. Es ist dann allerdings nicht möglich, die Dinge zu tun, die auch getan werden müssen, z.B. den Besuch der Untersuchungszentren, von denen ich bisher nur eines kenne, nämlich das Kölner, und das kenne ich von der Zeit vor meiner Tätigkeit im Bundesinstitut.

Ich danke Ihnen.

Prof. Steinbach: Ich möchte drei

Komplexe ansprechen, einmal Themenschwerpunkte für die Zukunft, zum anderen das Problem der Ökonomie innerhalb der Wissenschaft und zum dritten abermals das Problem des Bundesinstituts.

Die Themenschwerpunkte, die uns für die Zukunft gestellt sind, können wir uns gar nicht mehr aussuchen, sondern sie werden uns von der Entwicklung diktiert. 13 Mio Mitglieder im Deutschen Sportbund, und die Zahl steigt an, und die Zahl derer, die unorganisiert Sport treiben, wird größer. Die Konsequenz: mehr und mehr derjenigen kommen zum Sport, die man früher nach alter Überlegung vielleicht für ungeeignet gehalten hätte. Die Konsequenz ist, wir müssen daraus unsere Schwerpunkte entwickeln. Wir haben dazu in der Vergangenheit eine ganze Reihe von Untersuchungen mit sehr stattlichen Ergebnissen vorweisen können, die alle mehr oder weniger unter dem Aspekt liefen, ich darf etwas karrikieren, damit es deutlicher wird, wir haben die physiologischen psychologischen Anpassungsvorgänge am Beispiel von 100 Hunden, 100 Rekruten oder 100 Schülern oder was immer demonstriert und vorführen können, welche vorteilhafte Entwicklung bei geeigneter sportlicher Betätigung herauskommt. Das Bild, was bei dieser labormäßigen Betrachtung physiologischer Anpassungsvorgänge entsteht, ist ein sehr optimistisches, das bei steigender sportlicher Betätigung in der Bevölkerung mit dem Gesundheitszustand dieser Bevölkerung trotz alledem noch nicht übereinstimmt und die gesundheitliche Entwicklung ja eher ungünstig verläuft, während die sportliche Bereitschaft der Bevölkerung im Anstieg ist. Das heißt mit anderen Worten, wir müssen überprüfen, ob das, was in unseren Laborversuchen Anpassung positiv beinhaltet, ob das nachher draußen bei einer Bevölkerung wirklich in dem vorteilhaften Sinne ankommt. Das bedeutet, daß wir in unseren Forschungsvorhaben ein wenig umschwenken von den punktuellen Anpassungsuntersuchungen an mehr oder weniger großen Kollektiven und hinleiten zu epidemiologischen Untersuchungen, epidemiologischen Felduntersuchungen, die uns im Ende erst bestätigen, inwieweit unser Laboransatz ein richtiger war. Die Bestätigung, daß der Herzinfarkt am Beispiel, durch Sport zu verbessern bzw. günstiger zu gestalten ist, die wird vielleicht weniger in einem Laborversuch mit begrenztem Material als in einer großen epidemiologischen Untersuchung zu erbringen sein und wir wissen, daß hier auch große

Skepsis draußen teilweise herrscht. Erster Aspekt also, wir müssen umschwenken zu mehr epidemiologisch orientierten Untersuchungsweisen, die im übrigen auch die Voraussetzung dafür sein würden und dürften, wenn wir eines Tages den Anspruch erheben, etwa in der kassenärztlichen Abrechnung die sportmedizinische Untersuchung einzubringen, zweite Krankenversicherungs-Änderung. Da bedarf es nicht des Labornachweises an 100 Hunden, sondern eines breiten epidemiologischen Nachweises, was damit passiert dort draußen. Wenn ich von diesem Umschwenken hin in den epidemiologischen Bereich spreche, muß ich gleich eine zweite wichtige Maßnahme ansprechen, die gleichermaßen zwangsläufig die Folge ist. Wir müssen methodisch abkommen vom Arbeiten innerhalb des Faches und müssen jenen aus der Epidemiologie sich ergebenden Forschungsprojekten vorzuziehen, die über die Enge des Faches hinauspringen und einbeziehen, das was draußen ja auch ist, nicht nur Sport, sondern das Leben in seinen vielfältigen Erscheinungsweisen. Konsequenz: Den Vorzug verdienen jene Forschungsvorhaben, die Pädagogik, Biomechanik, Medizin zusammenfassen, denn der Handstand draußen ist ja auch nur kein rein medizinisches Anliegen und Geschehen. Ich möchte zur Ökonomie etwas sagen. Am Anfang war hier davon die Rede, daß die Bundesrepublik im Vergleich zu vergleichbaren Ländern einen gewissen Nachholbedarf hat. Ich bin der Meinung, es lassen sich auch vergleichbare Länder finden, denen gegenüber wir im Vorsprung sind. Unabhängig davon, wieviel Vorsprung oder wieviel Rückstand wir haben, ich gehe wohl realistisch genug davon aus, daß auch morgen nach diesem Hearing die Hähne nicht aufzudrehen sind und jene 2 Mio kommen, von denen Herr Hollmann sprach und jene Stundenkürzung kommt, von denen Herr Lotz sprach. Ich gehe davon aus, daß die Lage allgemein so bleibt, daß morgen der warme Regen für die Sportmedizin nicht kommt. Das heißt, wir können die Erfüllung unserer Aufgaben nicht nur von Maßnahmen erwarten, die von draußen auf uns als Segen niederkommen, sondern wir müssen auch im eigenen Stall reinemachen. Dabei darf man von der Hypothese ausgehen, die sich im Moment in vielen

Lebensbereichen als gültig erweist, es ist überall noch Luft drin und es ist überall noch Reserve drin, im Bereich der Krankenhauspolitik merke ich das im Augenblick am deutlichsten. Und jeder glaubt, das Wasser steht ihm schon bis zum Halse und bei ernsthafter Überprüfung stellt man fest, es sind doch überall noch Reserven drin. Und um dies auch vielleicht karrierend zu verdeutlichen möchte ich sagen, wir müßten in unseren Forschungsvorhaben und Forschungsanliegen herauskommen aus dieser Forderungsmentalität und aus jener Mentalität, die ständig auf Ausstattung verpicht ist und hinkommen zu einer Nutzungsmentalität. Zunächst einmal das Sachliche. Natürlich ist jeder bestrebt und wir haben uns in der Vergangenheit durch Forschungsaufträge die Räume vollgestellt, natürlich ist jeder bestrebt, sich auszustatten, aber es ist dann, wenn wir keine Mittel haben, die wir in dem Umfang wie wir sie wünschen, bekommen, erforderlich zu schauen, ob der gleiche Apparat nicht im selben Hause und schließlich in derselben Universität schon einmal steht. Und wenn man dies ordentlich prüft, wird man feststellen, der steht sogar zweimal schon da und nicht nur einmal und ist auch dort nicht Tag und Nacht genützt. Mit dem Ergebnis, wenn wir uns ernsthaft bemühen, ich möchte jene nicht treffen jetzt, die sich schon bemüht haben, wenn wir uns ernsthaft bemühen, finden wir diese Art Reserven. Das geht schließlich dahin, daß wir, und das hat Herr Professor Reindell ja angeführt, wenn wir im Bereich der Sportmedizin im engeren Sinne als einer eigenen Richtung bestimmte Forschungsbereiche in den Vordergrund ziehen, Biomechanik, daß wir uns eigentlich hüten sollten, ein mini-physikalisches Labör bei uns aufzubauen, wo dicht nebenbei die Technische Hochschule mit all ihren Einrichtungen ist. Das Bestreben, möglichst alles im eigenen Hause zu haben, was vielerlei Vorteile und vielerlei schöne Aspekte hat, aber was man sich eben am Ende nicht mehr leisten kann. Das gleiche gilt im übrigen für das Personal. Jene 16 Stunden, von denen Herr Lotz sprach, seine Mitarbeiter die dadurch nicht forschen können, ich bezweifle, ob im größeren Umfange diese Personen mit 16 Stunden-Beschlag identisch sind mit denen, die am Anfang einer wissenschaftlichen Karriere stehen. Ich glaube, daß die

Mehrzahl einer anderen Kategorie von Bediensteten und Mitarbeitern, die nicht unbedingt den wissenschaftlichen Weg zu gehen bereit ist, imstande ist, auch wenn die heutige Ausweisung in der Stelle sie immer mehr mit dem Etikett Wissenschaft gleichermaßen belegt. Ich möchte davon ausgehen, daß eine wissenschaftliche Aufgabe nicht nur ein Dienst an der Gemeinschaft ist, sondern auch ein Stück eigener Karriere und habe daher etwas dagegen, wenn es sich auch im Grundprinzip hier natürlich nicht immer umgehen läßt, daß jede 5 Minuten, die nach 17.00 Uhr für Wissenschaft absolviert werden, als Rechnung bei der Volkswagenstiftung erscheint und die sich aufrechnen läßt mit den Pflichtstunden, die man hat. Wissenschaftliche Forschung setzt Engagement voraus, was Herr Grupe hier sehr richtig gesagt hat, und dann muß ich eben davon ausgehen, daß es auch ein Stück eigener Karriere ist, die hierbei zum Tragen und zum Zuge kommt. Jene Ökonomie, die erforderlich ist, muß schließlich hinüberführen auf einen Nachbargedanken, der uns Medizinern sehr naheliegen sollte, die Approbationsordnung. Wann immer wir an den medizinischen Fakultäten und Fachbereichen anklopfen mit dem Anliegen Sportmedizin, gleichgültig, ob wir dazugehören oder ob wir außerhalb stehen im Rahmen der sportwissenschaftlichen Institute, wir werden immer auf sehr viel Bereitwilligkeit stoßen und alle werden sagen, ein tolles Anliegen, das ist sehr schön, aber bitte verschont uns davon, denn wir sind im Augenblick mit der Erfüllung der Approbationsordnung so befaßt und so beschäftigt, daß wir dem nun nicht noch uns widmen können, so sehr wir es anerkennen. Die Konsequenz sowohl im Lehrbereich wie schließlich auch rückwirkend im Forschungsbereich spielt Sportmedizin ob integriert oder nicht so ein bisschen die Rolle des Nebensächlichen und nicht ganz so Wichtigen, weil in der Approbationsordnung nicht Verankerten. Wenn man bedenkt, daß die Aussage der Sportmedizin für mindestens 13 Mio Organisierte, darüber hinaus für den ganzen Schulsport und darüber hinaus für alle die, die wir nicht erfassen können, weil sie es selber im eigenen Keller machen, von Bedeutung ist, und das derjenige, der nur Medizin studiert hat, schlecht einen

Rat geben kann, ob 800-m-Lauf oder Schwimmen angebrachter ist, daß das Verankern des Anliegens Sport in der Approbationsordnung ein ganz Fundamentales ist und wenn z.Z. der Entstehung der Approbationsordnung noch nicht erkannt war, es noch nicht zu spät ist, es noch zumindest nachträglich zu erkennen.

Letzter Aspekt: Bundesinstitut; ich kann mir das sparen, was ich vorhin schon gesagt habe, die Rolle der Koordination. Ich möchte nur für die Sportwissenschaft im engeren Sinne und für die Medizin natürlich im besonderen sagen, das Vertrauen der Sportwissenschaft - und Sportwissenschaft ist ja weitaus mehr draußen als im Bundesinstitut allein von der Zahl her - das Vertrauen der Sportwissenschaft in das Bundesinstitut wird im wesentlichen davon abhängen, inwieweit die Sportwissenschaft draußen in ihrer vielfältigen Anlage mit ihren vielfältigen Innovationen und Interessen im Bundesinstitut vertreten ist und ob alle Richtungen ihren Ausdruck finden, so daß die Prioritätenliste des Bundesinstituts jederzeit auch ein Ausdruck des Willens und Könnens der draußen in den verschiedensten Bereichen tätigen Sportwissenschaftler ist. Es könnte die Gefahr bestehen, ich will sie nicht als gegeben beschreiben, aber es könnte die Gefahr bestehen, daß durch eine gewisse personelle Verkrustung auf wenige Personen, die jahrelang wie Erbhöfe dort stehen bleiben, auch zugleich ein Schuß Mobilität der Wissenschaft verloren geht und daß es sinnvoll und zu überlegen wäre, ob nicht mehr als bisher eine Fluktuation in der Jury stattfinden sollte, um den vielfältigen Anliegen der Sportwissenschaft draußen gerechter zu werden; wobei natürlich zu vermeiden wäre, daß dort eine ständige Drehtürmentalität entstünde und keine Kontinuitäten mehr zu wahren wären. Ich bin aber der Meinung, das Vertrauen der "noch nicht erfaßten" Sportinstitute zum Institut wird davon abhängen, wie sehr man Vertrauen hat, daß das eigene Anliegen eben dort gleichermaßen mit betrieben und gleichermaßen gewährleistet ist.

Vors. Dr. Evers: Danke sehr.

Ich danke den Herren Referenten für ihre einleitenden Referate. Wir eröffnen zunächst die Diskussion und werden dann in der zweiten Runde wieder die sachverständigen Wissenschaftler um ihre Stellungnahme bitten. Zunächst Herr Kollege Wende, dann Frau Kollegin Hürland.

Abg. Wende (SPD):

Mir ist während der

sehr nachdenkenswertem Vorträge, die wir hier gehört haben und die ja noch sehr ausführlich zu behandeln sein werden, eigentlich durchgängig ein Widerspruch aufgetreten, der von Herrn Steinbach hier zum Schluß, so wie mir scheint, am besten formuliert wurde. Eben auf der einen Seite die Tatsache, daß wir doch eine sehr große Bereitschaft der Bevölkerung zum Sport haben, sie haben diese Zahlen genannt, 13 Mio Sportvereinsmitglieder, der ganze Schulsektor und dann eben all die anderen Leute, die ihre körperliche Leistungsfähigkeit wieder erlangen oder erhalten wollen. Da sei es auf der einen Seite also festzustellen, daß ein sehr großer Bedarf nach sportmedizinischer Betreuung da ist eben über den eigentlichen Leistungssport hinaus und auf der anderen Seite dann die Feststellung, die Herr Hollmann eben machte, daß beispielsweise dieser Facharzt für Sportmedizin nicht zu schaffen sein wird, weil es nach ihren berufsständischen Richtlinien dort die Voraussetzungen nicht gibt,

davon dann allein und ausschließlich leben zu können und sich darin betätigen zu können. Dies ist doch eigentlich ein Widerspruch, den ich jedenfalls als medizinischer Laie hier habe und den ich doch bitten würde, mir einmal aufzuklären und möglicherweise da die Wege darzutun, die Sie aus Ihrer fachkundlichen Sicht dazu haben.

Das zweite wäre dann die Frage, die auch von Herrn Reindell sehr pointiert dargestellt wurde, die gute Ausstattung an baden-württembergischen Universitäten, was nun die sportmedizinische Arbeit dort anbetrifft, hier sind wir natürlich sicher überfordert, wenn wir uns dann weiter fragen würden, wie es vorhin Herr Keul getan hat, inwieweit da nun tatsächlich auch die Erkenntnisse umgesetzt werden können. Auch dies wäre natürlich Sache von Ländern, wenn sie hier besonders fortschrittlich auf der einen Seite sind, muß man sich dann doch wundern, wenn man die Praxis oder die Realitäten vergleicht, wie sie beispielsweise im Schulsport sind, nun gerade in dem auch von Ihnen zitierten Lande, dann ist es sicherlich hier eine Feststellung, die man fragend

an die politischen Gremien der Länder weiterreichen muß und die wir ja sicherlich nur als Anstoß mit bewegen können. Die dritte Frage, die ich noch habe, wäre nach der Wirkung. Sie haben gesagt, Deutschland ist ja nun das Mutterland der Sportmedizin, fast ist man geneigt zu sagen, gewesen und es ist auch aus manchem hervorgeklungen, daß möglicherweise die DDR heute in der Tradition dieser deutschen Sportmedizin uns den Rang etwas abgelaufen hat. Meine Frage wäre, ob es nun gerade mit den Kollegen in der DDR hier einen Austausch gibt oder in irgendeiner Art und Weise eine fachliche Übereinstimmung da ist, denn es wäre ja - das geht ja aus Ihren Ausführungen hervor - sicherlich dort auch die Gelegenheit gegeben, sich in der Umsetzung auf die Praxis möglicherweise auch gegenseitig auszutauschen und hier Nutzen zu ziehen.

Frau Abg. Hürland:

Ich habe den Eindruck, daß Sportarztpräventivmaßnahme außer bei den Sportwissenschaftlern und bei den Sportvereinen kaum den Stellenwert hat, den wir uns wünschen, oder daß erkannt wird, welche Aufgaben er auch in vorsorgender Maßnahme haben könnte. Wir haben das hier im Bundestag festgestellt bei der Sportbriefmarke. Der Ausschuß Sport hat das natürlich einstimmig gebilligt und der Ausschuß Jugend, Familie und Gesundheit hat das einstimmig abgelehnt. Welche Aufgabe oder welche Möglichkeiten sehen die Sportwissenschaftler hier aufklärend zu wirken, Zusammenarbeit mit den freien Trägern der Jugendhilfe, der Jugendarbeit überhaupt oder mit den freien Trägern der Wohlfahrtsverbände einmal vorzustoßen, daß hier auch aus der Seite heraus der Sport als das angesehen wird, als das er sein könnte oder was er sein muß. Zum andern möchte ich doch auch einmal auf die Gefahren des Sports zu sprechen kommen und hier die Frage an die Mediziner und an die Wissenschaftler, welchen Wert haben Sportinternate, Sportgymnasien oder welche Gefahren bilden sie für Kinder und Jugendliche?

Herr Abg. Mischnick:

Ich möchte mich nur der letzten Frage der Kollegin Hürland anschließen. Ich hätte gern noch etwas gehört zu der Untersuchung, die Sie angestellt haben, oder vielleicht auch nicht angestellt haben, wie weit jugendliche Leistungssportler insbesondere Eislauf, Ski und Turnen heute ja in den Blickpunkt gerückt sind, mit Schädigungen, die daraus entstehen, behaftet sind? Gibt es Ergebnisse, die man als verwert-

bar ansehen kann? Welche Rückwirkung hat das für diese Bereiche auf Breitensport dieser Erkenntnisse oder nicht? Vielleicht geht die Frage schon zu weit, aber ich wäre dankbar, wenn man hier etwas hören könnte, was notfalls getan werden muß, um diese Dinge weiter entwickeln zu können, weil ich sie auf die Dauer für sehr wichtig halte. Und der zweite Punkt über die Frage der Träger, die hier genannt worden sind von Frau Kollegin Hürland hinaus, wie sieht es mit der Zusammenarbeit mit den Versicherungsträgern, Ortskrankenkassen, Rentenversicherungen aus oder welche Forderungen hätten sie an uns, daß wir von uns aus tun könnten, um hier die Zusammenarbeit zu ermöglichen, auf Dauer ist das, was gesagt worden ist, im Gesamtbereich natürlich nur umsetzbar, wenn diejenigen, die die Hauptleidtragenden von zuwenig Bewegung sind, selbst erkennen, wie sie hier mit-helfen können, auf die Dauer das etwas weniger werden zu lassen. Was können wir hier tun, welche Vorstellungen haben Sie? Gibt es Vorstellungen, daß wir dies mit einbeziehen?

Abg. Dr. Schäuble:

Ich würde gerne bei den Ausführungen von Herrn Keul anknüpfen. Sie haben auch in dem, was wir inzwischen schriftlich bekommen haben, etwas lapidar gesagt, daß die inzwischen eingeführten Untersuchungen der Spitzensportler der ABC-Kader insgesamt sehr gut sei.

Ich möchte fragen, ob es richtig ist, daß Sportler teilweise bei diesen regelmäßigen Untersuchungen Monate auf den Unter-

suchungsbefund - auf das Untersuchungsergebnis - warten müssen und ob, wenn dies richtig ist, darin nicht ein Problem liegt, das behoben werden müßte.

Ich möchte zweitens zu diesen regelmäßigen Untersuchungen der Spitzensportler fragen, wie systematisch und kontinuierlich die jeweilig letzte Untersuchung berücksichtigende sportmedizinische Betreuung bei Wohnsitz und Trainingsortwechsel sichergestellt werden kann, und ich würde drittens gern fragen, in Anknüpfung an die zwei Millionen, Herr Professor Hollmann, für die Sie plädiert haben, was denn über diese zwei Millionen hinaus geschehen müßte, um zu erreichen, daß tatsächlich nicht nur die Spitzensportler, sondern alle, die Sport treiben, die Chance einer für das Ausmaß ihrer Sportausübung angemessenen sportmedizinischen Betreuung haben. Mir scheint die Tatsache, daß Deutschland - wie Sie sagen - das Mutterland der Sportmedizin ist, in einem gewissen Widerspruch damit zu stehen, daß andere sagen, es sei eigentlich für ein Kulturland, wie wir es seien, fast nicht erklärlich, daß man in unserem Land Sport treiben kann bis fast hin zum ABC-Kader, ohne jeweils medizinisch untersucht zu sein. Daß man bei Marathonläufen startet und mit einer Tuberkulose ausgestattet ist oder daß niemand sicherstellen könne, daß nicht bei irgendeinem Sportwettbewerb Athleten an den Start gehen, die mit einer Krankheit behaftet sind, daß die Teilnahme am Wettbewerb oder das Training für sie lebensgefährlich sein kann.

Ich glaube, dies ist doch in der Anwendung der sportmedizinischen Möglichkeiten auf die Breite der sportlichen Betätigung

heute für uns eine Aufgabe von ganz hoher Intensität, mit hoher Priorität, die wir mit zwei Millionen sicherlich nicht werden bewältigen können. Ich habe verstanden diese zwei Millionen wären die Mittel für einen Forschungsansatz. Aber um das dann in die Realität umzusetzen, was wäre dazu im einzelnen erforderlich?

Prof.

Reindell: Ich muß Herrn Steinbach widersprechen. Wir sind als Sportmediziner keine Labormenschen, unsere sportmedizinischen Erfahrungen sind Untersuchungen, die nicht im Labor gemacht werden, sondern am Menschen selbst. Unsere Aufgabe ist es, Anpassungsvorgänge, Regulationsvorgänge am Menschen selbst zu untersuchen. Es ist klar, wenn wir diese Anpassungsvorgänge kennen, daß wir dann berechtigt sind, Rückschlüsse zu ziehen, wie sich diese Vorgänge auswirken. Es ist selbstverständlich, daß wir auch epithemologische Untersuchungen berücksichtigen. Gerade die epithemologischen Untersuchungen haben uns doch in der Bedeutung des Sports für Gesundheit und Lebenserwartung sehr enttäuscht. Wir wissen heute noch nicht, ob einer, der intensiv bis ins hohe Alter Sport treibt, älter wird.

Das zweite und diese Frage stellen Sie ganz richtig: Auf der einen Seite die große Sportbereitschaft der Bevölkerung und auf der anderen Seite, daß die Krankheiten - gerade Kreislaufkrankheiten, es sterben ja heute die meisten Menschen am Infarkt - daß das nicht rückläufig ist.

Es ist die letzten zwei Jahre etwas rückläufiger geworden. Aber damit sehen wir, wo wir an die Grenzen des Sports kommen, Sport ist nicht gut für alles. Zum Sport gehört auch eine sportliche Lebensweise und das ist das entscheidende.

Wenn wir Sport predigen, dann müssen wir auch das Gesundheitsbewußtsein, eine Gesundheitserziehung betreiben. Wir wissen, daß die meisten Menschen, die in jungen Jahren an Infarkt sterben, Raucher sind und Leute mit Fettstoffstörungen. Also diese Bewußtseinerziehung; nicht nur allein der Sport macht es. Die Gesundheitserziehung, das ist ganz entscheidend.

Nun, Herr Mischnick, die Gefahren des Sports beim Jugendlichen. Diese Frage stellen Sie mit großer Berechtigung. Die Gefahr, daß ein Jugendlicher sich hinsichtlich der inneren Organe durch maximale sportliche Leistung schädigt, die besteht nicht. Wenn ein Herz nicht vorgeschädigt ist durch Infekt kann ein Jugendlicher enorme sportliche Leistungen tätigen. Wir haben zwölfjährige Marathonläufer untersucht, die einen Marathonlauf in vier Stunden 20 Minuten bewältigen, ob das von der psychologischen Seite her zu bejahen ist, sowas lehne ich ab, aber es geht um das Problem der organischen Schädigung, die ist nicht gegeben. Sie ist sicherlich gegeben aus orthopädischer Sicht. Dazu bin ich kein Fachmann, dazu möchte ich nichts sagen. Und sie ist sicherlich gegeben aus psychologischer Sicht. Junge Menschen, die im Mittelpunkt stehen, Eisläuferinnen usw., ob die nicht einen Knacks bekommen für ihr Leben. Auch diese Dinge müssen wir berücksichtigen.

Nun zu dem Problem, das Sie angeschnitten haben, Herr Schäuble: zwei Millionen. Mit zwei Millionen können Sie nicht zwölf Millionen Sporttreibende untersuchen. Das ist das Problem der sportlichen Vorsorgeuntersuchung. Dazu haben wir keinen Einfluß. Wir würden es aber sehr begrüßen, denn es ist richtig, es laufen Leute Marathon mit 60/65 Jahren, die einen Herzinfarkt gehabt haben, die aktiv Tuberkulose gehabt haben. Die müssen wir nicht holen, die müssen zu uns kommen. Und wenn einer mit fünfzig Jahren einen Marathonlauf mitmacht dann muß er soviel Verpflichtung gegen den eigenen Organismus haben, daß er sich einer Untersuchung unterzieht.

Abg. Tillmann (CDU/CSU): Herr Professor Keul hat von den Frustrationen gesprochen, die bei den Sportmedizinern vorhanden sind, weil sie sehen, daß ^{sie} viele ihrer Erkenntnisse in die Schubladen zu legen haben und daß sie sie nicht in die Praxis umsetzen können. Nun habe ich Herrn Professor Keul allerdings nicht so verstanden, Herr Kollege Wende, als ob das ein baden-württembergisches Problem sei. Ich glaube, Sie haben das etwas allgemeiner dargestellt. Ich hätte gern, wenn Sie das eine oder andere praktische Beispiel geben könnten und zweitens: Wo liegt denn eigentlich der Flaschenhals? Wo ist der Engpaß? Haben Politiker, vielleicht auch Politiker, die auf Bundesebene tätig sind, die Möglichkeit zu helfen, daß sich etwas ändert?

Frau Prof. Diem: Daß wir vielleicht einmal auf das Problem der Freistellung vom Unterricht zu sprechen kommen. Herr Hollmann und andere haben dazu Untersuchungen gemacht, daß gerade durch das Fehlen sportärztlicher Ausbildung die Freistellung der Schüler besonders in Oberstufen zum Teil konträr der Notwendigkeit des sportlichen Übens geht. Hier werden aus mißverständener Vorsorge Atteste ausgestellt, die umgekehrt, wenn sie sportärztlich beraten worden wären, genau anders lauten würden. Wir haben zwar durch unsere Richtlinien Einhalt geboten, aber das läßt sich garnicht lösen, weil die Befreiung oder Freistellung hier von Medizinern erfolgt, die keine sportärztlichen Vorkenntnisse haben.

Abg. Dr. Müller (München) (CDU/CSU): Ich habe eine Frage, die mich zur Zeit bewegt, weil sie in den persönlichen Bereich hineingegangen ist. Wir haben eine breite Bewegung, die propagiert wird, zweiter Weg zum Sport, Trimm-Dich, Volksläufe, Skilanglaufen, und wir stellen fest, daß die Wirkungen dieser großen Betätigungen in Massen gelegentlich sehr negativ ist. Ich kenne allein aus den letzten vierzehn Tagen drei Todesfälle, die bei solchen Anlässen passiert sind. Welche Chancen sehen Sie denn überhaupt, nicht nur von der Ausbildung der Ärzte, sondern von der Bereitschaft überhaupt derjenigen, die an solchen 'Volksereignissen' teilnehmen, daß die, bevor sie so etwas machen, zum Arzt gehen und sich untersuchen lassen. Ich glaube, vom Sportmedizinischen her taucht eines noch auf. Wir haben eine ganze Reihe von Leuten, die in ihrer Jugend aktiv Sport getrieben haben. Vielleicht bis zum 30. Lebensjahr. Dann gehen sie ins Berufsleben. Treiben 10, 12 Jahre überhaupt keinen Sport mehr

und plötzlich sagen sie, wir treiben jetzt wieder Sport, Sport ist gesund. Nachdem man 15 Jahre nichts mehr betrieben hat, beginnt man so einzusteigen, als ob man eine Woche vorher aufgehört hätte mit all den schlimmen Folgen, die hier angesprochen wurden. Welche Chancen sehen Sie hier, etwas zur Korrektur beizutragen?

Vors. Dr. Evers: Danke. Ich glaube, wir sollten jetzt den Referenten Gelegenheit zur Stellungnahme geben. Noch eine Ergänzungsfrage? Bitte, Herr Büchner.

Abg. Büchner (SPD): Man hört immer wieder Klage darüber, daß die sportmedizinischen Zentren, die eingerichtet wurden, nicht ausgelastet wären. Ein Grund dafür ist offensichtlich der, zumindest wird der angegeben, daß dort weitgehend in einem Rastersystem eine sportmedizinische Untersuchung vollzogen wird, die nicht abgestimmt ist auf die jeweiligen Erfordernisse der Disziplin, die ein Sportler betreibt und daß ein Sportler sich dann lieber einer sportmedizinischen Untersuchung am Ort oder bei einem speziellen Sportarzt unterzieht, der darauf eingerichtet ist, die jeweiligen Erfordernisse besser wahrzunehmen, als es so eine Rasteruntersuchung nach dem Leitmotiv, keine Schäden festzustellen, gut für das nächste Jahr O.K. Ist es möglich, in der Ausbildung und besonders dann auch in der Praxis auf die jeweiligen Erfordernisse der Sportart, die die Spitzensportler betreiben, hier stärker abzuheben. Daß zumindest diese Kritik nicht mehr geäußert werden kann.

Prof. Hollmann: Ich möchte versuchen, aus meiner Sicht vor allem auf die an mich direkt gerichteten Fragen einzugehen. Zunächst, ich glaube, Herr Wende war es, die Frage nach dem Facharzt für Sportmedizin. Die Sportmedizin besteht aus den zwei Hauptsäulen 'Innere Medizin' und 'Orthopädie'. Bei einer Facharztausbildung würde sich also die Frage stellen, ist der Betreffende dominierend internistisch, dominierend orthopädisch ausgerichtet? Beides gemeinsam geht nicht. In den Ostblockstaaten ist man einen anderen Weg gegangen. Dort hat man heute eine fünfjährige Spezialausbildung und diese Betreffenden machen keine chirurgischen Eingriffe, zumindest nicht größerer Art als Orthopäden. Sie sind aber hervorragend orthopädisch und internistisch ausgebildet und dann durchweg in dem polyklinischen System z.B. der DDR tätig. Da sie sowieso über den Staat finanziert werden, ergeben sich keine Probleme hinsichtlich Honorar. Ganz anders bei uns. Eine reinliche Scheidung ist aus den vorgenannten technischen Schwierigkeiten nicht möglich. Theoretisch würde sich nur anbieten, die Richtung zu gehen, Facharzt für innere Medizin (Sportmedizin), Facharzt für Orthopädie (Sportmedizin). Auf diesem Weg versuchen wir auch im Laufe der Zeit hinzukommen. Hier stehen wir auch in Verhandlung mit der Bundesärztekammer. Nur bis zum heutigen Tage ist die Begründung der Bundesärztekammer, daß dies eben wieder ein 'wischwaschi' wäre und das Prinzip der bisherigen Reinhaltung der fachärztlichen Ausbildung und der fachärztlichen Tätigkeit durchbräche, daß man aus diesen Gründen hier mit der größten Zurückhaltung arbeiten müßte.

Ob tatsächlich ein solcher Facharzt allein mit den Fragen des Sportes lebensfähig wäre, angemessen lebensfähig in Bezug auf andere Kollegen, das müßte die Praxis ergeben. Dann der Rang mit der DDR in der Sportmedizin, wo Sie befürchteten, der könnte uns abgelaufen werden. Da kann ich Sie beruhigen, das ist keinesfalls so. Ich bin im vergangenen Jahr in der DDR gewesen und konnte, obwohl es verboten war, dank persönlicher Freundschaften zu maßgeblichen Sportwissenschaftlern der DDR auch Einblick in Labors und Forschungsergebnisse nehmen, die offiziell der Geheimhaltung unterliegen. Hierzu muß ich sagen, es gibt bekanntlich in der DDR drei Stufen der Geheimhaltung. In der obersten, strengsten Stufe stehen militärische Geheimnisse, nukleare Geheimnisse und sportmedizinische Forschung. Es stehen hohe Strafen auf jede Weitergabe von sportmedizinischen Forschungsergebnissen. Die betreffenden Resultate dürfen weder schriftlich noch mündlich vereinbart werden. Wenn auf internationalen Veranstaltungen wir mit Kollegen der DDR zusammenkommen, wird das von den stets begleitenden politischen Personen aus der DDR nicht nur mißtrauisch gesehen, sondern meistens nach kurzer Zeit das Gespräch unterbrochen. Wir hatten den Eindruck, daß sich das in den letzten zwei Jahren etwas besserte, im Moment dreht sich das Rad wieder zurück. Bei den panasiatischen Spielen in Teheran hatte ich zum ersten Mal bei dem dortigen Eröffnungsreferat die Gelegenheit, offen mit einigen Sportmedizinern sprechen zu können. Aber diese Offenheit, die uns angeboten wurde, wo erklärt wurde, wir können jetzt zu einem Austausch im wissenschaftlichen Bereich kommen, das ist in der Zwischenzeit schon wieder umgekehrt.

Darüberhinaus ist es so, wenn man auf neutralem ausländischen Boden mit diesen Kollegen zusammenkommt und will sie, wie wir es beispielsweise 1964 in Tokio versuchten, nur zu einem gemeinsamen gemütlichen Abend einladen, dann bekommt man am Abend des betreffenden Tages einen Zettel unter der Tür hergeschoben, wo drauf steht 'Wir mußten das Hotel verlassen, Gründe Ihnen bekannt.' So sind die Beziehungen. Was den Rang angeht in der Grundlagenforschung ist einwandfrei nach wie vor in der sportmedizinischen Grundlagenforschung die Bundesrepublik ganz klar vor der Forschung der DDR. Einer der maßgeblichen Forscher der DDR, ein Dr. Mader, ist vor anderthalb Jahren von drüben nach hier geflohen und arbeitet heute als Mitarbeiter in meinem Institut. Wir kennen alle Details von ihm. Auch kürzlich ist der maßgebliche Mann für die berühmte Schlittenentwicklung der DDR und die einschlägigen Forschungsarbeiten, Herr Fechner, geflohen und sitzt nun auch bei uns in der Bundesrepublik. Wir kennen über diese Leute alle Details, auch das berühmte so streng abgehaltene selbst vor sowjetischen Kollegen abgeschirmte Forschungsinstitut in Leipzig. Dort gibt es ein Institut, da wird den Gästen auf der ersten Parterreetage alles gezeigt und sie glauben, sie haben alles gesehen. In Wirklichkeit gibt es aber eine Treppe nach unten und unter der Erde befinden sich dann Labors, die nur mit Spezialkarten betreten werden dürfen. Da dürfen noch nicht mal sowjetische Kollegen oder polnische Kollegen herein. Aber wir wissen, was sich dort abspielt. Wir kennen die Geräte, wir kennen die Zahl und die Ausbildung der Mitarbeiter und wir kennen die Forschungsfragen, die dort bestritten werden.

Hingegen bei der Zweckforschung ist einwandfrei die DDR voran. Nur um das zu veranschaulichen für denjenigen, für den diese Begriffe kein Alltagsbrot darstellen. Grundlagenforschung ist, wenn ich mich frage, wie äußert sich irgend ein Training auf dieses oder jenes Organ, ohne damit zunächst meine Absicht mit dem Resultat zu verbinden.

Zweckforschung ist, beispielsweise einen 10:8-Sprinter durch die Art meiner Forschungsanlage in Anwendung des zu erwartenden Resultates auf 10:6, 10:4 oder 10:2 zu bringen. In diesem letzteren sind sie uns voran. Jedoch die großen sportlichen Supererfolge des 16-Millionen-Volkes in der DDR sind in erster Linie auf ganz andere Gesichtspunkte, nämlich die der besseren Talentauswahl, der besseren Talentförderung, der besseren Sportlerförderung, der besseren Trainerausbildung, der besseren Koordinierung zurückzuführen; sie sind nicht primär ein wissenschaftlicher Gesichtspunkt.

Es war dann von Frau Hürland die Frage nach der Öffentlichkeitsarbeit gestellt worden. Als Präventivmediziner bemühen wir uns, über alle nur denkbaren Organisationen und Massenmedien die wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse jedem einzelnen Mitglied unserer Gesellschaft bekannt zu machen. Wir stehen auf dem Standpunkt: Information ist alles, Verbot ist garnichts. Und wir informieren über die gesamten gesundheitlichen Aspekte, so breitbasig wie es geht. Was der einzelne damit macht, ist natürlich seine Privatangelegenheit.

Abg. Frau Hürland (CDU/CSU): Ich meine jetzt mehr die soziologischen Gegebenheiten, weniger den medizinischen Bereich.

Prof. Hollmann: Dazu kann ich nichts sagen. Das ist für mich sowieso ein Buch mit sieben Siegeln.

Dann wurde ebenfalls von Ihnen, Frau Hürland, gefragt wegen der sportlichen Gefahren im Internat. Da ist bereits Herr Reindell darauf eingegangen. Aus internistischer Sicht kann man sagen, wenn jemand keinen angeborenen Fehler hat oder keine akute Krankheit im Sinne einer Infektion, eines Eiterherdes und dergleichen vorliegt, ist es nicht möglich, mit einer noch so intensiven akuten Belastung oder einem chronischen Trainingsprogramm einen Schaden hervorrufen zu können.

Der Mensch ist von der Natur so konstruiert, daß prinzipiell

bei Belastung der Skelettmuskel vor dem Herzmuskel ermüdet, dadurch zum Arbeitsabbruch zwingt und so vor Schaden bewahrt. Wäre das nicht der Fall, wären unsere Urvorderen schon auf der Flucht vor Mammut, Wisent usw. ausgestorben.

Abg. Frau Hürland: Gilt das auch für den Stütz- und Bewegungsapparat?

Prof. Hollmann: Dafür gilt das nicht und das ist der schwache Punkt. Deswegen diese große Bedeutung der orthopädischen Begleituntersuchungen vom Vorschulalter bis hin gewissermaßen zum Greisenalter für denjenigen, der Sport treibt.

Hier lauern echte Gefährdungsmöglichkeiten. Aber nur, wenn der Betreffende entweder eine Neigung zu einem Schaden mitbringt oder der Betreffende unsachgemäß belastet wird. Wie hier die Erfahrungen der letzten sieben, acht Jahre in der DDR beweisen, ist es absolut möglich, Schäden vermeiden zu können. Wenn in der DDR einem Spitzensportler auch nur droht, einen Schaden zu kriegen, wird er automatisch ohne Rücksicht auf Verluste und wenn er in vier Wochen eine Olympiamedaille gewinnen könnte, aus dem Verkehr gezogen. Er ist ja hinterher, wenn er im Rollstuhl fährt, keine Werbung mehr für die sozialistischen Fortschritte der DDR.

Was der nächste Punkt war von Herrn Mischnick, und zwar betreffend die Schädigungen bei Eiskunstlauf, Ski und Turnen. Sinngemäß gilt hier natürlich genau das gleiche. Internistisch unter den vorgenannten Kautelen Nein, orthopädisch Gefahren Ja, Schädigungen müssen nicht sein, Voraussetzung: konsequente Untersuchungen; frühzeitig und später begleitend.

Erkenntnisse für den Breitensport: Hier kann man sagen, jedes Forschungsergebnis, das am Spitzensportler gewonnen wurde, ist für den Kranken und für den gesunden Nicht-Sportler gleichermaßen mit wertvoll. Denn was sich an Trainingsmethoden am Spitzensportler bewährt, das kann für den anderen in individuell angepaßter Form als ebenfalls optimal angesehen werden. Darum ist eine enge Durchdringung beider Gebiete im Nutzen zu sehen.

Dann war von Herrn Schäuble die Frage nach der allgemeinen Breitenuntersuchung gestellt worden. Wie es z.B. möglich wäre, daß Leistungssportler im olympischen Team auftreten können, ohne untersucht zu sein. Wir können vom Gesetz her keinen Leistungssportler zu einer Untersuchung verpflichten.

Wir können ihm nur mit dem gelinden Druck über Startgenehmigungen usw. dazu bringen. Bei den Olympischen Spielen in München sind ^{es} keine 10% der Olympiateilnehmer der USA, die jemals eine ärztliche Untersuchung mitgemacht haben und keine 50% der schwedischen Teilnehmer, bei dem hohen Stand der schwedischen sportmedizinischen Forschung, bei den Olympischen Spielen in München ärztlich untersucht waren. Wenn also bei uns eine Untersuchungsquote - ich glaube, die lag bei 98% - in München erreicht war, dann ist das ein enorm hoher Satz. Allerdings der andere Gesichtspunkt, die Todesfälle bei Massenveranstaltungen, da gilt aus der Sicht der Sportmedizin selbstverständlich: Jeder Mensch, der jenseits des 40. Lebensjahres einen Sport aufnimmt, der muß sich als erstes ärztlich untersuchen lassen. Darüber hinaus soll er nach Möglichkeit sich jährlich einmal untersuchen lassen. Nur, wer sich gesund fühlt, wer tut das schon? Mit diesen Risiken müssen wir immer rechnen. So tragisch Todesfälle sind und so ernst genommen sie werden müssen, sie dürfen nicht über eines hinwegtäuschen, durch die Teilnahme am Sport kommt hunderttausenden oder Millionen Menschen das positive gesundheitliche Element zugute im Vergleich zu diesen, die obendrein durch eigene Unkenntnis oder gar echtes eigenes Verschulden einen Schaden erleiden.

Das gleiche gilt für den Sport nach langer Pause.

Prof. Steinbach: Ich möchte anknüpfen an das, was Herr Hollmann gesagt hat über die 'geschlossene Veranstaltung Sportmedizin in der DDR'. Wir können ganz sicher davon ausgehen, daß das Ganze sehr dicht gehalten wird, besonders was für die Praxis brauchbaren Erfahrungen angeht. Ich kenne jene Berichte auch, in denen Staatsgeheimnisse nahe am Atomwesen stehen. Ich weiß, daß es Berichte von ein, zwei Personen sind. Ich bin eigentlich nicht bereit zu glauben, daß eine solche Relativierung irgendwo stattfinden kann. Daß man solche Gebilde wie etwa Sportmedizin mit all ihrer Bedeutung parallel setzen würde mit dem Atomschutz. Ich habe den Eindruck, als wenn bei diesen Schilderungen persönliche Observationserlebnisse gleichgesetzt werden mit einer Observierung der Sportmedizin. Ich möchte es einfach nicht so stehen lassen, daß wir hier ein Bild entwerfen, als sei es wirklich so, dazu sind die Berichte zu spärlich.

Das zweite: Die Frage nach der Bereitschaft Vorsorgeuntersuchung, die wir anbieten würden, anzunehmen. Es spricht nichts dagegen, anzunehmen, daß wenn wir eine umfängliche Vorsorgeuntersuchung anbieten könnten, daß die Bereitschaft, das anzunehmen, nicht anders wäre, als im Zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz auch, nämlich 15 bis 30% je nach betroffenem Bevölkerungsanteil und daß die Bereitschaft, sich untersuchen zu lassen, steigen wird je mehr man in Leistungskategorien aufsteigt, dort aber weniger wegen primär gesundheitlichem Anliegen und Bedenken als viel mehr wegen Fragen der Optimierung der eigenen leistungsmäßigen Entwicklung.

Prof. Keul: Ich muß eines korrigieren, was Herr Steinbach gesagt hat, das stimmt nicht. Ich war letzten Jahres auf einem Kongreß in Warschau. Da waren auch Gäste aus der DDR. Nie wird ein Vortrag gehalten. Wenn man dann allein mit ihnen spricht, sie dürfen das nicht. Ihre wissenschaftlichen Befunde unterliegen der Geheimhaltung. Ich war in Macklingen, da waren auch Vertreter der DDR, die alles fotografieren, jedes Dia, was gezeigt wird. Wenn man sie nach eigenen Befunden fragt, sie dürfen keine mitteilen. Es kommen überhaupt keine wissenschaftlichen Arbeiten aus der DDR heraus.

Nun aber zu den Fragen der Abgeordneten. Da eine ist die Frage, die Sie, Herr Mischnick, gestellt haben 'Zusammenarbeit mit Versicherungsträgern' und auch im Bereich der Rehabilitation. Die ist zum Teil in einer Reihe von Ansätzen gegeben. Das ist auch daran erkennbar, daß die einzelnen Rehabilitationszentren zum Teil durch Sportmediziner besetzt sind. Hier muß man allerdings noch einen Aspekt hervorheben, der sonst vielleicht ins schiefe Licht gerückt wird: Die Wertigkeit körperlicher Aktivität. Bis heute können wir nicht entscheiden, ob durch körperliche Aktivität das Leben verlängert wird. Aber es doch die Frage, ob es so sinnvoll ist, das Leben zu verlängern. Ganz entscheidend sinnvoll ist es, das Leben in seiner Lebensmöglichkeit so zu erweitern, daß es als lebenswert erstrebenswert erscheint. Da hat der Sport eine ganz entscheidende Bedeutung. Das hat sich entscheidend bewährt in der Frage der Herzerkrankungen, des Herzinfarktes, der frühzeitigen Rehabilitation. Ich habe eine Studie der Höhenrieder Klinik gelesen, daß die Rückkehr des Herzinfarkt-

patienten zum Arbeitsplatz ein halbes Jahr früher ist bei denen, die rehabilitiert werden und daß auch die Verlängerung der Arbeitszeit erheblich größer ist bei denen, die sich körperlich belasten. Über die Lebenserwartung wurde hier nichts Bündiges ausgesagt.

Dann die Frage der akuten Todesfälle. Das ist ein außergewöhnlich schwieriges Problem. Wir waren mit unserem Meßwagen im vergangenen Jahr beim Bieler Volkslauf. Da brach ein Kardiologe zusammen aus Zürich, tödlich. Von dem gibt es überhaupt kein EKG. Er war noch nie untersucht worden.

40 Jahre alt. Machte seinen dritten oder vierten Volkslauf mit. Hatte bis vor zwei Jahren schwer geraucht. Das finden wir fast immer bei diesen Leuten. Oder, bei Freiburg gibt es die Turner-Spur. Da sind 100.000 Menschen gewesen, die dort Volkslanglauf machen. Ich wurde vor vier Wochen angerufen, da wäre ein tödlicher Zusammenbruch, ich sollte mich darum kümmern, das wäre doch für das Ansehen der Turner-Spur und für die Volksläufe usw. sehr fragwürdig. Wir haben diesen Mann in Freiburg obduziert. Der hatte einen alten Infarkt und Verschuß eines Gefäßes und schwerer Coronarsklerose anderer Gefäße, der hatte nie etwas gemerkt. Er hat das verdrängt. Ist mehrere Male zum Skilanglauf gegangen, hatte zwei Jahre vor seinem Tode stark geraucht, das trifft man immer wieder in der Anamnese, das Rauchen aufgegeben und war dann doch tödlich zusammengebrochen. Der Mann war auch nie beim Arzt gewesen. Es gibt keinen Untersuchungsbefund. Das kann nicht unsere Aufgabe sein. Jeder ist sozial so abgesichert, daß man eine ärztlicher Untersuchung durchführen kann.

Dann eine Frage, die von Ihnen, Frau Abgeordnete, angeschnitten wurde, die Schädigung bei Jugendlichen und Kindern durch den Leistungssport. Das ist ein außergewöhnlich schwieriges Problem. Da gibt es sicherlich noch eine Reihe von Grundlagen zu erarbeiten. Eines hat sich herauskristallisiert, daß zwei Kinder nicht ohne weiteres gleich belastet werden können. Zum Beispiel was die Belastbarkeit der Wirbelsäule angeht. Hier gibt es angeborene Bereitschaft zu bestimmten Veränderungen am Bewegungsapparat, wo wir die Grundlagen bis heute nicht kennen und man ist heute vorzeitig bereit, diese Kinder aus einem Trainingsprogramm herauszunehmen. Dazu ist es notwendig, diese Kinder rechtzeitig zu untersuchen. Hierzu fehlen uns die Möglichkeiten. Wir haben die Möglichkeiten der A-, B- und C-Kader. Wenn die Kinder in einen solchen Kader kommen, können Vorschäden an der Wirbelsäule z.B. bereits vorliegen, ohne daß das Kind Beschwerden hat. Es kommt also somit ein hochqualifizierter Sportler bereits in eine Bundesförderung, ohne daß bereits abgeklärt ist, ob es überhaupt noch sinnvoll ist, dieses Kind, was inzwischen 12 oder 13 Jahre alt ist, noch über Jahre zu fördern, weil eine Vorschädigung vorliegt, die für das Kind evtl. sich verhängnisvoll auswirken kann.

Die Frage von Herrn Schäuble darf ich noch einmal aufgreifen bezüglich der Verbesserung des Informationsflusses von Untersuchungsstelle zum Athleten. Da sind sicherlich Mängel, und ich muß Ihnen beipflichten. Aber daß ist auch nicht einfach.

Wir haben eine Reihe von Untersuchungsstellen in der Bundesrepublik. Wenn eine solche Untersuchungsstelle aus einem Arzt, einer Sekretärin und einer technischen Assistentin besteht und diese Sekretärin erkrankt und anschließend noch vier Wochen Urlaub nimmt oder der Arzt erkrankt, kann es sein, daß eine solche Untersuchungsstelle sechs Wochen nicht richtig funktioniert. An den größeren Zentren, und das war auch immer unser Bestreben, die Untersuchungsstellen immer dort einzurichten, wo bereits eine Reihe Sportmediziner tätig sind, kann das ausgeglichen werden. An den kleineren Untersuchungsstellen dauert es immer sehr lange, ehe die Befunde an die Athleten oder anderswo hinkommen. Da gibt es noch einiges zu verbessern. Das ist nur möglich mit größerem finanziellen Aufwand. Was die kontinuierliche Betreuung angeht, dürfen wir nicht vergessen, daß das System der ärztlichen Versorgung erst fünf Jahre alt ist. 1971 wurde erstmals von seiten des Bundes damit begonnen, die Einzelathleten zu überwachen. Vorher ging das alles nur auf freiwilliger Basis. Seit 1971 ist diese Möglichkeit erst gegeben und wir dürfen nicht vergessen, daß die Athleten da anfänglich auch noch nicht mitgemacht haben. Daß ihnen zum Teil die Einsicht fehlte. Damit sind wir beim nächsten Punkt, Herr Tillmann, bei Ihrer Frage, warum funktioniert nicht die Umsetzung gesicherter Erkenntnisse in die praktischen Belange sei es des Schulsports, insbesondere wenn man daran denkt, daß das der Bundeskanzler bereits zum Gegenstand der Diskussion gemacht hat und der Bundesminister des Innern, also über die Länder hinausgreifend bereits umrissen wurde und da ist natürlich für meine Begriffe die Einstellung zur Gesundheits-erziehung irgendwie fehlgeleitet.

Herr Jonas sagte, und das hat die Zusammenstellung des DSB ergeben, daß 50% der Sportlehrer der Bundesrepublik garnicht richtig ausgebildet sind und heute können ausgebildete Sportlehrer nicht diese Stellen einnehmen, weil sie blockiert sind. Da liegt doch das entscheidende Phänomen. Wenn wir uns in der Ausbildung der Sportlehrer bemühen, daß sie ein biologisches Verständnis haben, daß es nicht nur darum geht 'Rolle vorwärts, Rolle rückwärts', sondern die biologischen Anpassungsphänomene zu erkennen und zu vermitteln, dann ist es uns völlig unverständlich, daß man heute nicht bereit ist, die gut ausgebildeten Lehrer an die Schulen zu bringen. Damit steht und fällt die Stellung des Schulsports. Wenn der Lehrer nicht anerkannt ist, wenn er im zweiten Glied neben dem Mathematiklehrer oder dem Deutschlehrer steht, kann er die Wertigkeit des Sports in der Schule nicht durchsetzen und dann kommt auch immer dazu, was fällt zuerst aus? Der Sport fällt zuerst aus. Mathematik usw. wird verschoben und ersetzt, aber der Sport wird nicht ersetzt. Wir müssen uns sehr bemühen, die gut ausgebildeten Lehrer in diese Position zu bringen.

Prof. Kirsch: Zwei kurze Bemerkungen, und zwar zur Anfrage von Herrn Mischnick hinsichtlich der Untersuchungen von Kindern mit frühem Höchstleistungsalter. Hier erwarten wir in diesem Jahr noch die Auswertung eines Forschungsauftrages an das Psychologische Institut der Universität Tübingen unter Prof. Kaminski zu dem nichtmedizinischen Teil.

Es geht also um alle Daten im Bereich im kognitiven, im emotionalen, im sozialen, im motivationalen Bereich, Einstellung der Eltern dazu, Berufsvorstellungen der Jugendlichen und schulisches Verhalten und Einstellung zum Hochleistungssport. Wir haben ein erstes Gespräch mit der Forschergruppe im Mai über diese Ergebnisse, die dann auch vorgelegt werden. Im Anschluß daran wollen wir einen gleichen Forschungsauftrag der Sportmedizin geben, so daß dann zumindest in den Sportarten wie Eislauf, Turnen usw. erste gute und weitergehende Ergebnisse vorliegen. Das ist als ein Thema erkannt, das sehr wichtig ist. Dabei wird sich dann auch ergeben, ob Befürchtungen, wie sie Herr Reindell hatte, zum psychologischen Knacks oder einem anderen bei solchen frühen Leistungssportlern möglichen Schaden führen oder nicht.

Abg. Mischnick: Ich möchte etwas an einem praktischen Beispiel deutlich machen: Wenn ich die jugendlichen Turnerinnen am Barren sehe, wie sie dann mit dem Unterleib gegen den Holm knallen, dann stellt sich mir die Frage als Laie, ob das nicht möglicherweise Schäden geben kann und wenn dann allzu viele bemüht sind, es ihnen nachzumachen, im Breitenturnen, ob da nicht langfristig Folgen entstehen. Wenn dies in die Untersuchung einbezogen ist, ist das genau das, was ich für notwendig halte. Wenn noch nicht, dann meine Bitte, zu überlegen, ob man solche Dinge nicht einbeziehen kann.

Prof. Kirsch: Als Nichtmediziner bin ich aber trotzdem sicher, daß gerade diese Fragen hier mit hereingehören, genau wie sich unsere Sportmediziner mit den Folgeschäden besonders bei Wirbelsäulenbelastungen beim Geräteturnen von Kindern und Jugendlichen beschäftigen.

Zu Herrn Schäuble und dem großen Komplex der sportmedizinischen Untersuchungen: Ich habe mir wegen einer für den DLV sehr ungünstigen Datenauswertung im Bundesinstitut noch von dem Leistungssportreferenten in diesen Tagen die derzeitige Analyse vorlegen lassen, die der DLV selbst dazu vornimmt. Da kann man im Großen und Ganzen sagen, eine Bestätigung von dem, was hier auch schon gesagt worden ist, bei allen Läufern werden die medizinischen Untersuchungen durchgeführt, weil sie durch den spirometrischen Teil der Untersuchung und auch durch die Diskussionen mit den Leitern der Zentren für den Trainingsablauf sehr wichtige Hinweise bekommen; auch die Trainer im Vergleich zu den Vorjahren. Jetzt wörtlich: Die Sprinter, Springer und Werfer unterziehen sich ungern einer zweiten vollständigen Untersuchung, weil sie und auch die Trainer bemängeln, daß ihre vornehmlich orthopädischen Beschwerden nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Jetzt kommt aber die positive Lösung. Die Fachverbände haben sich neben den 16 sportmedizinischen Untersuchungsstellen mittlerweile weitere Beratungsstellen geschaffen, die sie aufsuchen, der DLV sehr konzentriert für den orthopädischen Bereich, wo Mediziner der eigenen Wahl aufgesucht werden und wo dann dort dieser oftmals nicht erfüllte orthopädische Komplex abgedeckt wird. Man darf also nicht immer aus der schlichten Erfassung in den offiziellen Stellen schließen, daß die Sportler der Verbände nicht untersucht würden. Sie werden nur nicht auf dem Wege der 16 Stellen erfaßt und das schlägt sich ungünstig in offiziellen Analysen nieder.

Frau Hürland hat dann die Frage der Internate aufgeworfen. Ich nehme an, die Sportmediziner werden dazu sehr wenig sagen, denn es gibt in Internaten keine spezifischen sportmedizinischen Probleme.

Aber es gibt in Internaten spezifische sportpädagogische Probleme. Eines kann man sicherlich sagen, dort wo die pädagogische Betreuung in Vorsorge gemacht und gut durchgeführt worden ist, haben wir auch positive Ergebnisse. Beispiel Berchtesgaden oder österreichische Internate. Wo diese Dinge aber nicht berücksichtigt worden sind, und ich möchte jetzt keine bundesrepublikanischen Beispiele erwähnen, da ist es nach relativ kurzer Zeit auch zum Scheitern der ganzen Internatsidee und anderer Dinge gekommen. Eins ist natürlich klar, und das gehörte mit zu unserer Untersuchung von Kaminski, Tübingen, die Einstellung der Eltern zur Erziehung und den Berufsvorstellungen der Jugendlichen. Wir werden nie, wie in osteuropäischen Ländern, das System von Internaten in gleicher Weise durchziehen können, weil einfach hier die freie Entscheidung der Eltern und der Kinder, diesen oder jenen Weg zu gehen, bei uns größer ist.

Prof. Steinbach: Ich möchte noch eingehen auf die Frage von Herrn Mischnick hinsichtlich der möglichen Schäden bei Sportarten, die sehr früh Hochleistung betreiben müssen. Dazu habe ich in Erinnerung eine Arbeit aus der Ost-Berliner Charité der Mittsechziger Jahre, die sehr deutlich dargestellt hat, daß eine damalige B-Riege der Turner der DDR, damals wurde so etwas noch publiziert, das waren wohl alles Mädchen, beinahe ausnahmslos orthopädisch nachweisbare Schäden am Skelettsapparat

speziell der Wirbelsäule hatten und daß bei guter orthopädischer und sportärztlicher Betreuung in der DDR der Vorwurf, der der Sportmedizin an dieser Stelle immer gemacht wird, daß sie sowas sehenden Auges quasi duldet und nicht in dubio pro reo, was auch überlegbar wäre, bis es geklärt ist durch Forschungsauftrag, ein Veto einlegt, statt zu sagen, bis es geklärt ist, weitermachen. Das ist eine schwierige Problematik in der Sportmedizin, wo sie immer ein wenig im Geruch steht, die Leistung mit allen Mitteln zu ermöglichen, statt die Gesundheit mit allen Mitteln zu erhalten.

Vorsitz. Dr. Evers: Bevor Sie mit Ihrer Stellungnahme beginnen, Herr Felten, ich hatte Sie in Ihrem einleitenden Referat so verstanden, als ob Sie gesagt hätten, wir hätten seit 1972, glaube ich, eine Zunahme der Sterbeziffern. Vielleicht habe ich das falsch verstanden. Ich habe in der Zwischenzeit einmal nachgesehen und kann das eigentlich nicht bestätigt finden. Vielleicht ist das ein Mißverständnis?

Prof. Felten: Seit 1970. Nicht der Sterbeziffern, sondern der Lebenserwartung, die ist rückläufig seit 1970.

Ich möchte zu der Frage Stellung nehmen, die von Herrn Büchner gestellt worden ist, die sportmedizinischen Zentren seien nicht ausgelastet. Nun bin ich von Amts wegen nicht direkt damit befaßt, ich bin nur Mitglied der Unterkommission 'Sportmedizin' im BAL, aber ich weiß ziemlich genau, wie die

Verhältnisse dort liegen. Man muß davon ausgehen, daß in den 16 Untersuchungszentren kein hauptamtliches Personal nur für diese sportmedizinischen Untersuchungen existiert und das ist auch gut so. Wenn wir einen Arzt und eine Assistentin für jedes Untersuchungszentrum hätten, würde das bedeuten, daß dieser arme Mann nichts anderes tut, als nur die Spitzensportler, d.h. die Besten des Volkes sein Leben lang zu überwachen und das würde ihn genau so in die Irre führen. Das ist nicht der Sinn der Sache. Ich glaube, es gibt kein Untersuchungszentrum, in dem nicht andere Dinge getan werden, die entweder klinische Relevanz haben oder medizinische Relevanz und das ist m.E. richtig so. Ein zweiter Punkt ist die Tatsache, daß erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit, seit 1975, die Bedeutung der orthopädischen Untersuchungen auch Aufnahme gefunden hat in den sportmedizinischen Untersuchungsbogen. Es sind jetzt Überlegungen im Gange, wie man es bewerkstelligt, daß an jedem Untersuchungszentrum neben dem internistischen Teil auch ein sehr sorgfältiger orthopädischer Teil von einem orthopädischen Facharzt wahrgenommen wird. Das ist nicht einfach, weil das auch wieder Geld kostet.

Abg. Büchner (SPD): Was halten Sie von dem Vorschlag? Angesichts der Tatsache, daß sich neben diesen 16 Zentren weitere medizinische Stellen bilden, wo spezielle Untersuchungen gemacht werden. Was halten Sie dann von dem Gedanken, daß man bereits diese 16 spezialisiert auf verschiedene Notwendigkeiten?