

(Wiederbeginn: 14.04 Uhr)

Vors. Tillmann: Meine Damen und Herren, ich hoffe, daß Sie gestärkt zurückgekehrt sind - mit vernünftiger Ernährung selbstverständlich, wie sie heute morgen schon angesprochen wurde, leistungsgerechter und humaner Ernährung, wie das in diesem Bereich üblich ist.

Ich eröffne unsere Sitzung wieder und rufe den Komplex 3 auf: Medizinische, psychologische und pharmakologische Beeinflussung im Leistungssport (Doping).

Wir verfahren wie heute morgen, also ohne Statements, und treten sofort in die Befragung der Sachverständigen ein.

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Herr Prof. Hollmann hat in seinem Statement geschrieben, im Training würden sehr viele Athleten Substanzen zu sich nehmen, die unerlaubt und gesundheitsschädlich sind. Wie halten es die Fachverbände mit den Dopingkontrollen im Training? Ich glaube, hier ist ein Feld, das wirklich einmal ganz intensiv diskutiert werden müßte, weil hier große Kritik aufgekommen ist, sehr viele Fachverbände würden die Dopingkontrollen beim Training praktisch nur am Rande durchführen.

Abg. Lambinus (SPD): Ich habe zunächst eine Frage an die Mediziner, und zwar zum Einstieg in die Befragung anschließend: Wie wirken die verbotenen Dopingmittel - Stimulantien, Narkotika, Anabolika, Steroide usw. - tatsächlich auf die Leistungsbereitschaft und auf das Leistungsvermögen der Athleten?

Abg. Nelle (CDU/CSU): Ich will zunächst die Frage an alle richten: Ist die Dopingliste so umfangreich, daß sie auch Präparate vorsieht, die möglicherweise bei der Regeneration, beim Heilungsprozeß, bei Krankheiten unserer Sportler einfach notwendig sind? Wenn es diese nicht gäbe, wäre dann möglicherweise dieser Prozeß ein sehr langer, und wären die Sportler dann von Wettkämpfen auf lange Sicht ausgeschlossen?

Abg. Brauer (GRÜNE): Ich habe einige wenige konkrete Fragen, die mir wichtiger erscheinen als die Fragen, zu denen Sie sich ja schon schriftlich geäußert haben:

1. Wird die Doping-Analytik ihrer Zielsetzung der Abschreckung gerecht?
2. Welche illegalen und legalen Wege der Beschaffung von Dopingmitteln existieren Ihrem Wissen nach?
3. Läßt das Dopingtestsystem Betrug zu? Da ist der Fall des Umpumpens von Urin einmal zur Diskussion gestanden.
4. Sind die Verbände in der Lage, das Problem Doping in eigener Verantwortung zu bewältigen?
5. Ist nach dem Stand der Dinge, daß Hochleistungssport ohne Doping nicht mehr vorstellbar ist, eine Förderung durch den Staat noch gerechtfertigt? Zu dieser Frage sollten wir mehr am Ende kommen.
6. Ist der Einsatz von Psychotherapeuten, Drogentherapeuten, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen bei der Lösung des Problems gegenüber den Kontrollmaßnahmen zu bevorzugen?

Vors. Tillmann: Ich darf mich auch noch mit ein paar Fragen anschließen.

Wie ist das eigentlich mit der Definition von Doping? In einigen Stellungnahmen, unter anderem von Prof. Donike und von Prof. Liesen, wird auch auf den Komplex Doping und Mangelausgleich - Substitution - hingewiesen. Wo ist da eigentlich der Grenzbereich?

Herr Prof. Donike, Sie haben in Ihrer Stellungnahme Doping auch als Problem im Breitensport angesprochen. Sie haben gesagt, anabole Steroide würden dort in einem Umfang verwendet, der gesundheitspolitisch bedenklich sei. Wie bekommen denn die Breitensportler eigentlich diese Medikamente? Auf Rezept Ihres Hausarztes? Oder wie geht das vor sich?

Dann haben Sie auch gesagt, es sei auch einmal an der Zeit, die unterstellten Leistungssteigerungen der Dopingmittel nüchtern auf ihre Wirksamkeit hin zu betrachten. Wollen Sie damit sagen, daß viele dieser Mittelchen Placebos

sind, die im Grunde genommen gar nicht die vermutete Wirkung haben?

Herr Prof. Liesen, auch Ihnen wäre ich dankbar - weil Sie das auch angesprochen haben -, wenn Sie auf das Problem Doping einerseits und Substitution andererseits noch einmal eingehen würden.

Ich nehme an, daß im übrigen alle Experten am Tisch sich angesprochen fühlen können, auch wenn sie jetzt nicht namentlich genannt worden sind.

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage, die sich an die Frage des Kollegen Tillmann anschließt: Herr Dr. Klasing hat vor kurzem einmal geäußert, ein Großteil der Kontrollen würden zum falschen Zeitpunkt durchgeführt werden. Die Kontrollen bei den Meisterschaften seien ja angekündigt, und ein Großteil dieser Kontrollen betreffe nur einen Teil der Spitzensportler in verschiedenen Sportarten. Der große Teil der Sportler, der praktisch unterhalb des Spitzensports tätig ist, würde davon nicht betroffen werden. Wird im Breitensport gedopt?

Dr. Donike: Ich möchte an die Aussage von Herrn Eicke von heute morgen anschließen. Das Dopingproblem sollte emotionslos, aber kompetent diskutiert werden. Das ist der Einwand, den ich habe, wenn ich die Diskussion in der breiten Öffentlichkeit verfolge: Es mangelt in vielen Bereichen an Kompetenz.

Zunächst zum Problem der Dopingkontrollen und der Dopingbestimmungen: Wenn jemand behauptet, daß mittlerweile die Medizinische Kommission des IOC, die in erster Linie dafür verantwortlich ist, alles und jedes auf die Dopingliste gesetzt hat, so kann ich dem nur widersprechen. Auf der Dopingliste stehen Medikamentengruppen. Jede Medikamentengruppe setzt sich aus sehr vielen Substanzen zusammen. Da ist die Medikamentengruppe der Stimulantien: Die Stimulantien wurden nach einem Todesfall, der sich 1960 bei den Olympischen Spielen ereignet hatte - ein dänischer Radrennfahrer starb unter dem Einfluß von Amphetamin ^g, auf die

Liste gesetzt. Die Gruppe der Narkotika - nach meiner Auffassung im Sport als Dopingmittel ohne jede Bedeutung - steht auf der Liste der Dopingmittel, nachdem 1967 Tom Simpson bei der Frankreich-Rundfahrt an einem Dopingcocktail, bestehend aus Amphetamin und Narkotika, gestorben ist. Die Anabolika wurden 1974 von der Medizinischen Kommission des IOC auf die Liste gesetzt, nachdem in München, wo zum erstenmal in einem breiten Umfang auf Stimulantien und Narkotika überprüft wurde, der Mißbrauch von Anabolika offenkundig wurde. Hier ging der Mißbrauch sogar so weit, daß nicht nur im Männersport, wo man über die Notwendigkeit der Dopingkontrolle auf Anabolika wirklich diskutieren kann, sondern auch im Frauensport massive Dosen gegeben wurden und - trivial genannt - Geschlechtsumwandlungen auf diesem Weg angestrebt wurden. Diese Mißbräuche muß man sehen.

Neuerdings hat die Medizinische Kommission drei weitere Beschlüsse gefaßt, die vielen im Bereich des Sports nicht passen werden. Nach den Erfahrungen von Los Angeles wurden die Beta-Blocker als Dopingmittel ebenfalls verboten. Der Einsatzbereich sind in erster Linie die Schießsportwettbewerbe. Das Blutdoping wurde, als es im Jahre 1984 bekannt wurde und nachdem der Beweis bei amerikanischen Radrennfahrern geliefert wurde, ebenso verboten wie kürzlich die Manipulation von Urin mit dem Ziel, Dopingkontrollen zu unterlaufen. Hier spielt zunächst nur ein Wirkstoff eine Rolle: Probenecid.

Das heißt: Wenn man die gesamte Liste nimmt, dann ist sie eine Reaktion gewesen auf vorhandenen Mißbrauch.

Die Frage der Trainingskontrollen muß man im engen Zusammenhang damit sehen. Das bezieht sich auch auf Ihre letzte Frage, Herr Sauer, ob die Dopingkontrollen zum richtigen Zeitpunkt angesetzt sind. Hier ist es absolut notwendig, zwischen Mitteln zu unterscheiden, die am Wettkampftag wirken - hierzu zählen Stimulantien, im Grenzbereich die Narkotika, darüber hinaus auch die Beta-Blocker und Diuretika in gewissen Disziplinen -, und Dopingmitteln, die längerfristig wirken bzw. wirken sollen, das sind Anabolika. Deren bevorzugter Einnahmebereich ist die

Trainingsphase, weshalb man von Dopingkontrollen entweder im Training oder außerhalb des Wettbewerbs spricht. Hier stellt sich natürlich die Frage des Dopings. Man spricht immer wieder die Leistungen an, die jetzt im Blickpunkt der Öffentlichkeit stehen. Der Sport hat eine Vorbildfunktion - nicht nur im positiven Sinne, daß vom Hochleistungssport aus Leute angeregt werden, Sport zu betreiben, sondern auch im negativen Sinne, daß man sagt, das, was der Hochleistungssportler pharmakologisch gemacht hat, um eine Goldmedaille beispielsweise zu erringen, diene auch dem Kreisklassen-niveau. Wir haben hier die Beobachtung gemacht, daß beispielsweise im Bereich der Bodybuilder - oder besser gesagt: Fitness-Centren - der Mißbrauch von Anabolika in den Breitensport eingedrungen ist und daß der größte Mißbrauch heutzutage sicherlich im Bereich des Breitensports liegt. Hier werden Anabolika in einem Umfang verwendet, der jede pharmakologische Dosierung übersteigt, und das aus Intentionen, die mit einer vernünftigen Trainingsweise nichts mehr zu tun haben.

Es wurde die Frage der Verfügbarkeit angeschnitten. Ich habe in mehreren Publikationen schon darauf hingewiesen, daß es mehrere Arten gibt, wie anabole Steroiden, die als Arzneimittel rezeptpflichtig sind, verfügbar gemacht werden. Der einfachste Fall sind Gefälligkeitsrezepte oder Rezepte, die auf die Großmutter oder den Großvater ausgestellt werden. Darüber hinaus gibt es jedoch einen schwunghaften Handel über die Grenzen hinweg. Es sind in der letzten Zeit von der Kriminalpolizei eine Reihe von Aufgriffen erfolgt, auch hier im deutschen Bereich. Die Spitze des Eisberges war in Amerika zu sehen: Ein ehemaliger Europameister - Jenkins - als Chef einer Anabolika-Bande, deren Umsatz auf 100 Millionen Dollar geschätzt wird. Hier ist also auf eine andere Weise die Kommerzialisierung im Sport eingetreten, die nach meiner Kenntnis von der Drogenszene nur graduell unterschiedlich ist.

Mit dieser Diskussion wird natürlich auch der Spitzensport belastet. Nach meiner Kenntnis des Spitzensports verdient er das nicht. Die Verbände hätten hier jedoch die

vorzügliche Gelegenheit, einem falschen Vorwurf entgegenzutreten. Dieser falsche Vorwurf bezieht sich auf Dopingkontrollen außerhalb des Wettbewerbs.

Um die Situation in Deutschland darzustellen: Es gibt nach meinen Unterlagen nur zwei Verbände, bei denen von einer Dopingkontrolle im Wettkampf die Rede ist: Der Deutsche Schwimmverband führt offiziell Dopingkontrollen im Rahmen des Wettkampfes durch, und der Bund Deutscher Radfahrer hat über das Jahr verteilt so viele Dopingkontrollen angesetzt, daß die Kaderathleten während dieser Zeit immer mit einer Dopingkontrolle rechnen müssen. Das sind Dopingkontrollen im Wettkampf, aber durch die Vielzahl der Kontrollen wird die Trainingsphase mit abgedeckt.

Zur internationalen Situation wäre zu bemerken, daß der Internationale Gewichtheberverband aufgrund der negativen Schlagzeilen schon im letzten Jahr Dopingkontrollen auf internationaler Ebene eingesetzt hat. Sie fangen an zu greifen: In diesem Jahr ist der Internationale Gewichtheberverband wiederum in die einzelnen Länder gegangen, auch in die Ostblockstaaten, und hat dort unbeeinflußt von Manipulationen Dopingproben ziehen können. Ein Einwand gegen international angesetzte Dopingkontrollen ist häufig, daß die Gleichheit der Chancen verletzt würde, beispielsweise daß durch Visumzwang in den Staatshandelsländern der Zugang der Dopingkontrolleure oder der Delegierten der Verbände erschwert werden könnte. Der Internationale Gewichtheberverband war in der Lage, die Kontrolle in diesem Jahr durchzuführen. Von vier Dopingproben, die in Rußland aus dem Kreis der für die Gewichtheber-Weltmeisterschaft in der Tschechoslowakei gemeldeten Athleten gezogen wurden, waren zwei positiv. Sie haben vom Verband die zweijährige Strafe bekommen. Das waren also keine Ausreisekontrollen - nur nichts Positives vorzeigen -, sondern ernsthafte Kontrollen.

Der Internationale Leichtathletikverband hat in Rom Beschlüsse gefaßt, die auch darauf hinzielen, daß in Zukunft Dopingkontrollen außerhalb des Wettkampfes durchgeführt werden. Er hat auch viele kleine Schritte initiiert, nämlich

mehr Wettbewerbe in die Kontrolle einzubeziehen. Auf der anderen Seite steht ein Beschluß, daß demnächst bei nationalen Wettkämpfen ein internationaler Delegierter Dopingproben ziehen kann. Das Problem ist also auf den Weg gebracht, aber noch weit von einer Lösung entfernt.

Die Notwendigkeit von Dopingproben außerhalb des Wettkampfs ergibt sich einfach aus der Pharmakogenetik der anabolen Steroide. Ich habe schon 1974 bei einer Tagung gesagt, daß man die Wettkampfbregeln nicht entgegen den biologischen Gesetzmäßigkeiten aufstellen kann. Eine Dopingprobe nach dem Wettkampf ist dann unsinnig, wenn im Training Dopingmittel verwendet werden. Das sollte plausibel und logisch sein.

Vielleicht noch etwas zur Wirkung der Dopingmittel, um hier die Luft aus der Diskussion zu nehmen: Die Medizinische Kommission des IOC erklärte laut und deutlich und wiederholt, daß der Hauptgrund der Aufführung von gewissen Substanzgruppen als Dopingmittel der Schutz der Gesundheit der Athleten ist, nicht die eventuelle Leistungssteigerung, die erzielt werden kann. Es gibt sicher entsprechende Dopingmittel - ich kann im Bereich der Stimulantien das Beispiel Amphetamine oder Methamphetamin, in Deutschland als Pervitin bekannt, ohne weiteres zitieren -, jedoch ist der Leistungsgewinn nicht unter allen Lagern, unter allen Wettkampfbedingungen auch mit einem solch gravierenden Stimulans gewährleistet. Noch einmal: Das Argument ist der Schutz der Athleten vor Gesundheitsgefährdung. Das trifft für Narkotika zu. Ich habe eben das Beispiel Tom Simpson angeführt. Zu der Zeit, als im Radrennsport keine Dopingkontrollen durchgeführt wurden, waren ebenso wie im Boxsport solche Dopingcocktails im Gebrauch, ohne daß eine pharmakologische Leistungssteigerung nachgewiesen werden konnte - sie waren halt da.

Dies auch als Antwort auf die eine Frage, wozu die Analytik dient: Sie hat es verstanden, daß der Mißbrauch von Stimulantien der Amphetamin- und Ephedrin-Reihe und der Mißbrauch von Narkotika praktisch auf Null zurückgegangen ist. Ich habe meinen schriftlichen Ausführungen die

Statistik 1986 beigelegt, die die Medizinische Kommission bei den 18 IOC-akkreditierten Laboratorien erfragt hat. Hieraus geht eindeutig hervor, daß die typischen Stimulanzien wie Amphetamin, Methamphetamin, Strychnin eine vernachlässigbare Rolle spielen, daß der Hauptanteil der positiven Fälle auf Anabolika entfällt - und dies, obwohl die meisten Kontrollen im Rahmen von angekündigten Untersuchungen stattgefunden haben. Hier kann man natürlich darüber spekulieren: Ist das nur Unkenntnis gewesen oder ist das die hohe Risikobereitschaft? Die Risikobereitschaft ist natürlich sehr hoch. Darauf möchte ich noch verweisen in Verbindung mit dem Präparat Stromba oder Stanozonol im Anabolika-Bereich. Dieses Präparat wurde nicht deswegen empfohlen, daß man mit Anabolika die Leistung steigern könne, sondern der Hauptgrund war der, daß es bei der Analytik nicht nachweisbar wäre. 1960 hatten wir von 60 positiven Fällen immerhin 12 - das sind 20 Prozent, ein Fünftel also -, die auf Stanozonol, dem Wirkstoff "Stromba" entsprechend, entfielen. Das ist kennzeichnend für die Diskussion und für die Einstellung in diesem Bereich.

Wenn wir die Frage der Wirksamkeit von Anabolika diskutieren wollten, müßte ich Sie zu einer 14tägigen Vorlesung einladen, denn dieser Aspekt ist sehr verwickelt, sehr komplex. Das ist in weiten Bereichen heute ein strittiger Punkt.

Die Beta-Blocker sind, landläufig gesagt, Beruhigungsmittel. Sie dienen dazu, den Blutdruck zu senken, die Herzfrequenz zu erniedrigen. Es hat sich gezeigt, daß bei Schießwettbewerben Beta-Blocker ein guter Ersatz für das früher übliche "Zielwasser" sind - ein oder zwei Glas Steinhäger oder, je nach Landsmannschaft, auch ein Schluck Bier. Dies ist der Grund, weshalb Beta-Blocker aufgeführt werden. Im Moment sehe ich nur zwei Bereiche - also den Schießsport, die Schützen, und den Schießwettbewerb im Modernen Fünfkampf -, wo Beta-Blocker eine leistungsverfälschende, eine leistungssteigernde Rolle spielen.

Die Wirkstoffgruppe der Diuretika oder Harntreibmittel steht aus zwei Gründen neuerdings auf der Dopingliste: Es

gibt Sportarten wie Gewichtheben, Ringen oder Boxen, die in Gewichtsklassen eingeteilt sind. Wenn ein Athlet das Gewicht senken kann, dann hat er unter Umständen einen Vorteil - nicht immer, je nachdem, welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion getroffen worden sind. Eine Maßnahme ist das Ausschwemmen von Wasser gleichzeitig mit Mineralsalzen mit einer Reihe von gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen mit Hilfe von Diuretika. Die Medizinische Kommission des IOC hat nach langen Diskussionen mit dem Internationalen Gewichtheberverband im letzten Jahr einfach beschlossen, die Diuretika auf die Liste der Dopingmittel zu setzen. Der Gewichtheberverband ist zunächst nicht gefolgt, als die Diuretika aber einmal auf der Liste der Medizinischen Kommission des IOC standen, hat er sie flugs auch übernommen. Ich habe den Eindruck, daß der Internationale Gewichtheberverband nur einen Prellbock suchte, der voranmarschierte, um sich gegenüber den eigenen Nationen nachfolgend ins rechte Licht zu setzen: Das waren die bösen Mitglieder der Medizinischen Kommission, die dieses Spielzeug weggenommen haben.

Ein anderes Argument - und hier spielt die Analytik herein: Es gab Versuche, systematisch die Dopingkontrollen zu unterlaufen. Eine mögliche Manipulation ist häufig in der Presse zitiert worden: Das ist das Austauschen von Urin, das Mitschleppen einer Zweitflasche oder andere Manipulationen bei der Abnahme der Dopingkontrolle. Das ist eingestandenermaßen passiert: Deshalb die Vorschrift, daß man aufpassen sollte, aus welcher Körperöffnung der Urin bei Dopingkontrollen gelassen wird. Die andere Manipulation war aber eine pharmakologische, nämlich das Verdünnen des Urins. Es ist eine dem Analytiker bekannte Tatsache, daß die Nachweisgrenze ein ausschlaggebender Faktor ist, ob der Analytiker hinterher ja oder nein sagen kann. Sie kennen die gleichen Probleme aus der Diskussion im Umweltschutz: Wo kann man das letzte Molekül noch feststellen? Hier wurde systematisch - bei einigen Sportarten, bei einigen Ländern - versucht, ein positives Ergebnis der Dopingkontrolle durch das Verdünnen des Urins zu verhindern. Auf der anderen Seite kann man

durch gewisse Diuretika auch das, was der Chemiker den pH-Wert nennt, ändern, und bei einer Veränderung des pH-Wertes ändert sich das Ausscheidungsverhalten der Substanzen, so daß unter Umständen ein positiver Befund nicht mehr erhoben werden kann.

Das sind im wesentlichen die Substanzklassen, die auf der Dopingliste stehen. Von meiner Einschätzung aus sind im Grunde genommen - sowohl was Kontrolle als auch was Anwendung angeht - nur die Anabolika problematisch. Über alle anderen Wirkstoffe kann man diskutieren. Die Medizinische Kommission hat eine Aussage, und ich habe bisher noch niemanden gefunden, der diese widerlegen kann. Wenn ein Athlet eine Behandlung benötigt, die Amphetamine, Narkotika braucht, dann ist er nicht wettkampffähig. Das gilt für die meisten der Stoffe, die auf dieser Liste stehen, und vielleicht auch für Stoffe, die in Zukunft hier zu diskutieren wären.

Ich habe viele der gestellten Fragen angeschnitten und komme gerne auf die eine oder andere ausführlich zurück.

Dr. Liesen: Ich muß aus einer ganz anderen Sicht heraus zu der einen oder anderen Frage Stellung nehmen. Es sind so viele Fragen gestellt worden, daß sie nicht mit einem Satz hier abzuhandeln sind.

Herr Donike sagte schon, wieviele unterschiedliche Klassen an Dopingsubstanzen es gibt. Es gibt die Stimulanzien - hier gibt es keine Diskussion, daß sie ein großes Problem für die Gesunderhaltung des Athleten darstellen und aus diesem Grunde sicher zu Recht hier auf der Liste stehen. Aber in diesem Bereich gibt es auch schon wieder Probleme, wenn man nur an das Ephedrin denkt. Herr Keul hat z. B. dargestellt, daß ein Koreaner in den Verdacht geraten ist, positiv bezüglich Ephedrin zu sein, nur weil er einen heimatlichen Tee getrunken hat, von dem dann in der Analytik Ephedrin in Spuren zu finden war. Das hat für meine Begriffe überhaupt nichts mit Doping zu tun. Und auch eine lege artis durchgeführte medizinische Behandlung mit geringer Konzentration von Ephedrin dürfte hier nicht als positiv

dargestellt werden, sondern es müßte aus meiner Sicht heraus gefordert werden, daß alle optimalen Möglichkeiten einer sportmedizinischen Betreuung eines Athleten trotz Dopingliste möglich sind. Die Dopinganalytik muß dann eben für einige Substanzen quantitativ und nicht nur qualitativ erfolgen. Ich sehe das nicht ganz so, daß nun alle Substanzen zwingend notwendig auf dieser Dopingliste sein müssen und nicht nur die Anabolika problematisch sind, insbesondere was den Männersport betrifft. Man kann das gleiche auch für Coffein darstellen: Ich bin überzeugt, daß viele von Ihnen sicherlich bei manchen Nachtsitzungen doping-positiv bezüglich Coffein wären. Das ist sicher etwas problematisch.

Ich will auch noch zu der Problematik, zu der ich direkt gefragt wurde - Substitution und Doping -, etwas sagen, auch gerade bezüglich der Anabolika. Die Anabolika sind Hormone, die in der Öffentlichkeit und sicher auch für die meisten von Ihnen einen sehr negativen Beigeschmack haben. Sie sollten nur alle sehr glücklich sein, daß Sie sie selbst in erheblichen Mengen produzieren, denn ohne sie könnten Sie wahrscheinlich gar nicht leben. Das sind lebensnotwendige und wichtige Hormone. Wir brauchen sie in der Entwicklung, auch die Jugendlichen in ihrer Entwicklung, und wir brauchen sie im Sport zur Regeneration. Um eine erhöhte sportliche Leistung überhaupt aufbauen zu können, muß ein Athlet so trainiert werden, daß er die Fähigkeit besitzt, mehr anabole Hormone zu produzieren. Da fängt das große Problem schon an, daß vielfach im Training - und darin sehe ich die Hauptprobleme - aus sportmedizinischer Sicht erhebliche Fehler gemacht werden. Das können eigentlich nur Leute beurteilen - das habe ich auch in meinen Thesen geschrieben -, die sich wirklich mit Hochleistungssport auseinandersetzen und die sich die Mühe machen, den Patienten nicht nur über die Analyse im Labor und als einen klinischen Patienten, krank im Bett, oder als ambulanten Patienten zu beobachten, sondern wirklich in den Hochleistungssport gehen. Es werden Fehler im Training gemacht werden, die zum Beispiel die hormonelle Regulation erheblich stören.

Ich stelle hier einmal ein paar Beispiele dar: Ich übernehme 18-, 19jährige Sportler, die aus meinem medizinischen Verständnis und aus meinen Erfahrungen über Jahre hinweg in der Trainingssteuerung durch falsche Trainingsbelastungen, durch zu intensive Trainingsbelastungen überfordert worden sind. Ich stelle fest, daß sie in ihrem Regelsystem, gerade der anabolen Regulation, nicht mehr reaktionsfähig sind. Ich benötige teilweise vier, fünf, sechs - bei einzelnen Sportlern sieben - Jahre, um sie wieder in ein normales Regulationsverhältnis zu bekommen, daß sie zu Anpassungen in der Lage sind, um diesen Umfang von Training, der heute international notwendig ist, überhaupt durchstehen, überhaupt absolvieren zu können mit einer entsprechenden positiven Reaktion, das heißt Regeneration. Hier stimmt etwas nicht, und ich muß mir hier auch die Frage stellen, wie ich diesem jungen Menschen helfen kann, daß er diese genetischen Fähigkeiten, die er einmal besaß, wiedergewinnt, um die Leistungsfähigkeit aufzubauen. Als Sportmediziner - das muß ich ganz bestimmt hier sagen - muß ich die Fähigkeit und die Möglichkeit haben, alle Möglichkeiten der Medizin zu nutzen und anzuwenden.

Es ist heute morgen in einer sehr diskriminierenden Form auf eine Bemerkung von Herrn Eicke reagiert worden. Diese diskriminierende Form kann ich nur von Laien verstehen, die von diesen Dingen überhaupt keine Ahnung haben, die sich mit diesen Dingen nie auseinandergesetzt haben. Das kann nur einer beurteilen, der sich wirklich intensiv damit auseinandergesetzt und gesehen hat, was wirklich im Leistungssport passiert. Ich muß auch die Möglichkeit haben, hier einschreiten zu können, und die entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten müssen gegeben sein.

Ein anderes Beispiel in diesem Bereich: Es gibt eine Studie zur Frage der Regeneration, die auch aus Bundesmitteln finanziert wird: Kann man durch Testosteron die Regeneration positiv beeinflussen? Wenn sich bei dieser Studie von den namhaftesten Endokrinologen, also Hormonforschern, in der Bundesrepublik, die aber keinerlei Bezug zum Leistungssport haben, herausstellt, daß hier ein Versuch

im Ansatz mit einer Dosierung gemacht wird, die das Zehn- bis Zwanzigfache oder das Dreißigfache dessen ist, was vielleicht als Substitution für eine Beschleunigung der Regeneration sinnvoll ist, dann kann ich nicht verhindern, daß diese Studie letztlich zu einem negativen Ergebnis führen muß und daß diese Studie, wenn eine solche Behandlung mit anabolen Hormonen auch in der Praxis so durchgeführt wird, wie z. B. Testosteron beim Mann, negative Rückwirkungen aufzeigt. Das gilt nicht so sehr für die Gesundheit - wenn das nur kurzfristig gemacht worden ist, gibt es keine gesundheitliche Problematik -, aber für die sportliche Entwicklung usw. Das zeigt doch nur, daß diese Gesamproblematik nur von Spezialisten und nicht von Außenstehenden wirklich richtig behandelt werden kann. Das ist meine ganz große Kritik an den Äußerungen, die in der Öffentlichkeit und auch in den Medien gemacht werden, daß sich immer wieder Leute zu Wort melden, weil das Thema "in" ist und weil man damit sehr viel Polemik machen kann, weil man damit sehr gut in der Öffentlichkeit stehen kann und mit sachlich und wissenschaftlich effektiv nicht zu vertretenden Äußerungen. In der Öffentlichkeit ich weiß nicht welche Zwecke verfolgen will. Das grundsätzlich zu den anabolen Steroiden. Ich bin der Meinung, daß wir heutzutage im Hochleistungssport, je differenzierter wir im absoluten Spitzensport arbeiten und Untersuchungen machen und Analytik betreiben können, immer häufiger Defizite bei Hochleistungssportlern feststellen.

Es ist heute auch das Ernährungsproblem angesprochen worden. Das hat zunächst einmal mit Doping nichts zu tun, das ist richtig. Aber man kann das nicht so einfach sehen, man kann es auch nicht so sehen, wie das heute morgen in der ersten Runde von Herrn Mentz dargestellt worden ist, daß die Sportmedizin nur die Gesundheit des Körpers betrachte, sondern wir versuchen schon wirklich den Sportler umfassend zu betreuen, das heißt also auch, seine Persönlichkeitsstruktur mitzuentwickeln. Das ist auch eine Frage der optimalen sportmedizinischen Steuerung des Trainings, um Persönlichkeiten zu entwickeln und dann wirklich den mündigen Athleten zu haben. Das ist unsere Aufgabe in der

Sportmedizin. Dazu gehört z. B. auch, festgestellte Defizite, die wir immer wieder beobachten - und das ist im Bereich der Spurenelemente und Vitamine relativ einfach, im Bereich der hormonellen Regulation relativ schwierig -, substituieren zu können, um hier den Menschen auch wirklich im Hochleistungssport komplex entwickeln zu können, damit er die Möglichkeit hat, das Pensum, das heute im Training erforderlich ist, um international bestehen zu können, gesund und ohne Schaden für sein weiteres Leben bewältigen zu können. Das ist unsere primäre Aufgabe, und hier müssen wir entsprechend helfen. Das verstehe ich zum Beispiel unter Substitution, nämlich Gesunderhaltung.

Ich könnte hier noch viele Beispiele bringen. Das geht vor allen Dingen heute auch sehr stark in die Immunologie, in die Stärkung des körperlichen Abwehrsystems. Wir haben gerade in den letzten Monaten durch wissenschaftliche Untersuchungen, die heute in diesem Bereich auch durch technische Entwicklungen sehr viel stärker möglich sind, immer mehr Informationen bekommen, daß diese Regelsysteme, die letztlich auch das Immunsystem beeinflussen, sehr stark davon abhängig sind, ob ich den Sportler komplex, das heißt für mich umfassend, sportmedizinisch mit allen Mitteln versorge, die notwendig sind - angefangen von Vitaminen über Spurenelemente, Mineralien, und, wenn Störungen in der hormonellen Regulation bestehen, auch etwas machen können muß und darf, wenn es indiziert ist, und das mit ganz niedrigen Dosierungen, die ein Zwanzigstel, ein Dreißigstel dessen darstellen, was ein klinischer Patient vielfach, -zigtausendfach, tagtäglich in der Klinik bekommt. Diese Dosen wären für den Leistungssportler sicher nicht positiv, weil ich dann in seine Eigenregulation hineingehe. Das muß verhindert werden, ich muß versuchen, nur das bestehende Defizit, das vielleicht durch falsches Training oder durch nicht optimal gestaltetes Training verursacht wurde, auszugleichen. Wir werden immer hinterherziehen. Man kann nie ein so individuelles Training machen, daß man nicht Fehler für den einzelnen machen wird.

Es ist ja unser Ziel der permanenten Trainingssteuerung, zu versuchen, für jeden einzelnen herauszubekommen, wo sein Optimum für das Training liegt, um ihn nicht zu überfordern, um ihn individuell zu fördern und ihn zur Persönlichkeit zu entwickeln. So ist es auch nur zu verstehen - ich darf das hier einmal als ganz konkretes Beispiel bringen -, daß es uns gelungen ist, bei den Nordisch-Kombinierten aus wirklich absolut durchschnittlich talentierten Athleten über Jahre hinweg Weltspitzenathleten zu bekommen, indem man versucht hat, sie in ihrer Persönlichkeit zu entwickeln und sie im Trainingsprozeß individuell zu steuern. Es muß für meine Begriffe heute möglich sein, den Athleten auch hier zu betreuen.

Dies zunächst einmal von meiner Seite, vielleicht kann ich auf einzelne Probleme noch eingehen. Aber zunächst möchte ich den anderen auch die Möglichkeit geben zu antworten.

Frau Dr. Schüller: Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Donike im großen und ganzen an. Ich fühle mich nicht ganz glücklich in der Rolle, weil ich hier jemand bin, der überhaupt nicht pro domo oder für irgendeine Institution, ich weder meinen Posten zu verteidigen habe noch sonst irgendeine Funktion. Das ist eine etwas schwierige Position, weil ich damit mit dem Rücken an der Wand stehe.

Zu Herrn Liesen möchte ich sagen - das zielte wohl etwas auf mich, weil der Einwand zu Herrn Eicke auch von mir kam -, daß ich mich nicht für so ganz inkompetent halte, wie er das sieht. Ich war selbst jahrelang im aktiven Leistungssport, zu einer Zeit, als die Thematik auch schon anstand, wenn auch nicht so deutlich. Ich habe danach zehn Jahre handfeste Medizin mit kranken Patienten an der Universitätsklinik in Köln als Intensivmedizinerin gemacht, und ich weiß, was Medizin bewirken kann, wo sie ihren Sinn und Zweck hat, wo auch Pharmazie ihren Sinn und ihren Zweck hat. Ich habe ein grundsätzliches Mißverständnis und ein merkwürdiges Gefühl bei der grundsätzlichen Diskussion um den Sport.

Wir haben es doch wohl - und das wollen wir nicht vergessen - grundsätzlich mit gesunden Leuten zu tun. Es sind kern-gesunde Leute auf dem Zenit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit, um die es sich doch hier primär handelt, die freiwillig und aus freien Stücken diesen Leistungssport begonnen haben, den ich nicht verteufle, wie mir gelegentlich unterstellt wird, den ich selber sehr gerne, in Grenzen und in Maßen, betrieben habe.

Wenn dann Konstellationen auftreten, daß diese Leistungssportler sich aufgrund einseitiger Belastung und extremer Belastung und zunehmend größer werdender Belastung verletzen, dann sollte einem das ein Signal sein und nicht etwas, was man zwangsläufig kaschieren muß, um weiter fortzufahren in dieser Maximierung. Ich denke, daß das ein kurzes Innehalten wert sein sollte, daß hier offensichtlich eine Leistungsgrenze überschritten worden ist. Durch Trainingssteuerung bzw. durch gezieltes Training und Vorbereitung kann man diese Leistungsgrenze sicherlich hinausschieben. In dem Fall allerdings, wo sie manifest wird, ist sie für mich nicht zwangsläufig zu therapieren, zumindest nicht mit Medikamenten. Da war ich doch etwas erstaunt über die Äußerung von Prof. Keul, auf die sich Herr Eicke offensichtlich bezog, daß man in den Bereich der Therapiemittel Medikamente wie Diuretika und Anabolika aufnehmen soll. Das leuchtet mir, ehrlich gesagt, nicht ein.

Ich will das erklären: Diuretika sind Medikamente, die ihren Sinn und ihren Zweck beispielsweise bei dekompensierten Herzinsuffizienzen, im Linksherzversagen oder Rechts-herzversagen, auch überall bei älteren Patienten, die diese Erkrankung haben, oder beim Hirnödem angewandt werden - schweren Erkrankungen. Dort haben die Medikamente ihren Sinn und Zweck, und da gehören sie hin, aber nicht zur Gewichtsreduzierung, um in irgendeiner anderen Gewichtsklasse starten zu können oder um sich einen möglichen Vorteil zu verschaffen. Dafür fehlt mir jedes Verständnis.

Was die Beta-Blocker angeht, sowieso, das hat aber Prof. Donike auch schon angesprochen. Die Anabolika haben auch ihren Sinn und Zweck in der Medizin. Es sind Präparate,

die angewandt werden, und zwar auch großzügig angewandt werden, bei exzessiven Verbrennungen, bei der Tumorkachexie, bei schwerkranken Patienten. Hier ist jedes Mittel der Wahl recht. Mir leuchtet nicht ein, was diese Präparate von der grundsätzlichen Thematik her bei kerngesunden Athleten zu suchen haben.

Es ist auch die Frage, inwiefern sich ein Leistungssportler, der diese Geschichte freiwillig beginnt, vereinnahmen läßt; und dies geschieht zwangsläufig. Ich bin sicher, daß es vielen nicht bewußt ist; es war mir auch nicht bewußt und ist auch mir nach vielen Jahren erst selber klar geworden, inwieweit man in einer Maschinerie drin war, die eine Eigendynamik hatte. Sie wird dadurch verstärkt, daß viele ihre beruflichen und sozialen Ansätze in der Zeit verlieren und zunehmend heute mehr verlieren, weil sie zunehmend stärker gefördert werden und sich aus dem normalen Bereich abgrenzen, wo auch die Korrektive fehlen, wo die Möglichkeiten fehlen, sich an der Norm zu orientieren, und die jungen Leute in ihrem Urteilsvermögen ein bißchen eingeschränkt sind. Das unterstelle ich einmal den jüngeren Leuten mit Sicherheit - Kinder von 12, 13, 14 Jahren, die sich im exzessiven Leistungssport bewegen, spreche ich etwas die Fähigkeit ab, in ihrer Entwicklung vorzusehen, auf was sie sich einlassen. Da ist Verantwortung gefragt - Verantwortung von Trainern, Verantwortung von Athleten, Eltern und auch Sportmedizinern und Medizinern im allgemeinen.

Von Frau Lospichl, der jungen Sportlerin, ist für mich ein ganz wichtiger Begriff in die Diskussion eingeführt worden, die in diesem Fall leider nur schriftlich stattfand. Sie fügt den Begriff der "Distanz" ein, einer Distanz, die sie vermißt und die sie gefördert sehen will, die Distanz zur Leistung, und zwar von den Eltern, von den Athleten und auch von den Ärzten. Ich lehne nicht die Leistung ab, aber ich denke, daß man sich diese Distanz, die eine kritische Abwägung dessen, was notwendig und was möglich ist, bewahren muß.

Um auf die Substitution zu kommen, die angesprochen wurde: Da wird auch geredet von z. B. relativ harmlosen Substanzen wie Elektrolyten, über die man theoretisch diskutieren kann, ob man sie substituiert. Dazu gehören Natrium, Kalium. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß nach dem im "Spiegel" veröffentlichten Artikel, in dem in langer Reihe sämtliche Medikamente aufgezeigt sind, die im Laufe der Gesamtentwicklung Birgit Dressel irgendwann einmal genommen hat, einige Athleten ankamen, mit dem Finger draufzeigten und sagten: Dieses kenne ich, dieses kenne ich noch nicht, was ist das? Das ist eigentlich eine etwas paradoxe Wirkung. Bei der Mentalität der Athleten und bei dem, was mir bekannt ist und was auch Professor Donike als "grauen Markt" bezeichnet - den es gibt, der existiert -, sehe ich auch die Gefahr, daß einige Präparate, und das ist offensichtlich und auch nachgewiesen im Fall Dressel so gewesen, nicht einmal über den offiziellen medizinischen Weg, zumindest nicht nachweisbar über den medizinischen Weg, gelaufen sind, sondern über den freien Markt. Sie sind per Post oder wie auch immer zugeschickt worden, wie mysteriös man das auch immer beurteilen mag. Aber sie sind verabreicht und genommen worden.

Und wenn ich Ihnen zum Beispiel sage, daß das Kalium, das in der Tat an sich ein wirklich harmloses Präparat ist, bei einer intravenösen Verabreichung von 30, 40 mval bei unsachgemäßer Anwendung durch unkenntnisreiche Leute einen Herzstillstand im Kammerflimmern bedeuten kann, dann ist das auch eine Realität. Bei der Unkenntnis der Sachlage derjenigen Leute, die damit manipulieren, wenn es keine Ärzte sind - und es ist oft so, daß es keine Ärzte sind -, muß man so etwas im Hinterkopf behalten und nicht grundsätzlich sich auf den wissenschaftlichen und medizinischen Standpunkt stellen, daß alles machbar ist. Es ist eine Menge mehr machbar als sinnvoll.

Was mich ein bißchen irritiert hat im Laufe der ganzen Diskussion, daß diese Thematik auch von mir vor vielen Jahren schon einmal angesprochen wurde, offensichtlich aber nicht den richtigen Nährboden fand. Es war sicherlich

im Moment nach dem Fall von Birgit Dressel ein anderer Resonanzboden dafür da. Und ich bin nicht unglücklich darüber, daß die Diskussion in dieser Form zur Zeit geführt wird. Mich wundert ein bißchen, daß von seiten der Sportler nicht mehr positive Befürwortung zu dieser Diskussion kommt, denn ich sehe das ein bißchen auch unter dem Aspekt des Schützens. Ich habe selber Kinder, und ich möchte nicht, daß meine Kinder in eine solche Szenerie abtriften _ in dem besten Glauben von mir, daß ich sie gut untergebracht weiß. Sie müssen wissen, wo die Risiken sind, weil es ab einem gewissen Punkt diese Eigendynamik gibt. Manchmal habe ich bei dieser Diskussion, wenn sie so unsachlich geführt wird - auch gegen mich manchmal so unsachlich geführt wird, wie das gelegentlich geschieht -, Zweifel, was ich dabei mache. Denn was nützt es mir, wenn ich eine Galeere anprangere und feststelle, daß die Sklaven gerne rudern? Das ist dann eine Definition, die man als solche zur Kenntnis nimmt und wo ich dann sage: Okay, ich sage das, was ich weiß und was ich für richtig halte. Was Sie davon umsetzen im Konsens mit anderen Leuten, die etwas davon verstehen, ist die zweite Frage. Aber ich möchte nicht jemand sein, der ständig nur mit dem erhobenen Zeigefinger dasteht.

Vors. Tillmann: Herr Professor Keul, Sie sind angesprochen worden, und da will ich Ihnen fairerweise auch sofort das Wort geben.

Dr. Keul: Ich möchte auf verschiedene Punkte eingehen. Ich glaube, daß es für die Anwesenden wichtig ist, einmal den Begriff der Substitution erklärt zu bekommen. Es hat keinen Sinn, Begriffe in den Raum zu stellen, die dann von jedem anders ausgedeutet werden.

Der Deutsche Sportärzte-Bund hat den Begriff der Substitution ganz klar definiert. Er beinhaltet den Ersatz von verlorengegangenen Substanzen. Das heißt, Elektrolyten - das sind Magnesium, Kalium, Natrium und dergleichen mehr -, können durch den Schweiß in einem solchen Ausmaß verlorengelassen, daß der Betreffende erstens eine Leistungseinschränkung

erfährt und zweitens Muskelkrämpfe oder sogar Muskelzerrungen bekommt. In einem solchen Falle wird ein Ersatz durchgeführt, und darunter ist eigentlich Substitution zu verstehen. Unter Substitution ist nicht zu verstehen, daß 30 mval Kalium gespritzt werden, damit ein Herzstillstand eintritt. Ich weiß nicht, wo diese Definition herkommt, das hat damit überhaupt nichts zu tun. Denn das ist eine unphysiologische Verabreichung einer unphysiologisch hohen Dosis, und das kann man mit Substitution nicht mehr in Einklang bringen.

Etwas anderes muß im Rahmen der Substitution noch gesagt werden: Es handelt sich um den Verlust von Substanzen des Organismus. Substitution ist nicht die Zufuhr von anabolen Hormonen, auch wenn sie körpereigen produziert werden. Das ist damit nicht gleichzusetzen. Wenn jemand aufgrund irgendeines Vorganges des Testosterons bedarf - wir haben ja genügend Patienten, die z. B. durch eine Erkrankung, einen Tumor usw., einen Hoden verloren haben -, dann erfolgt hier eine Behandlung mit Testosteron. Das kann in diesem Sinne nicht als Substitution bezeichnet werden, das sind schließlich kranke Menschen.

Ein zweiter Punkt zu dem Doping selbst: Die gesamte Dopingproblematik wird im Grunde genommen völlig überbewertet. Wir haben einen enormen Rückgang der gesamten Dopingfälle zu verzeichnen - Herr Donike hat kurz darauf hingewiesen -, die eigentlichen Aufputschmittel werden gar nicht mehr nachgewiesen, es werden zufälligerweise Ephedrin oder andere Substanzen nachgewiesen. Hier bin ich auch der Meinung, daß man hier zu einer quantitativen, d. h. zu einer mengenmäßigen Bestimmung, kommen muß, denn mindestens die Hälfte, wenn nicht alle derer, bei denen Ephedrin nachgewiesen wird, haben das durch einen Zufall genommen - wegen Unkenntnis des Arztes oder sonst irgendeiner Maßnahme - und verlieren dann ihre Goldmedaille. Ich bin der Meinung, daß es hier zu einem Überdenken kommen muß.

Was Sie eben erwähnten, Frau Schüller, bezüglich der Diuretika, betrifft nur die generelle Frage, ob man bei allen auf Diuretika prüfen soll, weil sie eine Verdünnung

des Urins durchführen. Ich bin absolut dafür, daß z. B. Gewichtheber das Körpergewicht mit Diuretika nicht reduzieren. Ich habe das nur in diesem Sinne geschrieben, und so will ich auch verstanden werden, daß es nicht angeht, daß, um einem Dopingnachweis zu entgehen, Diuretika eingenommen werden. Ich glaube, dies ist ein wesentlicher Unterschied.

Ich bin eigentlich über die gesamte Dopingdiskussion etwas unglücklich. Wir haben eine ganz geringe Zahl - das weisen auch die Statistiken aus -, wo es zu positiven Dopingfällen kommt, die dann weltweit immer sehr gut verbreitet werden. Über der Problematik einzelner Dopingfälle vergessen wir etwas ganz Entscheidendes, nämlich eine besser und stetig ausgebaute ärztliche Versorgung unserer Spitzensportler. Daran tut es not, und darum müssen wir uns mehr kümmern. Wir sollten dem Dopingproblem seinen Platz geben, wir sollten froh sein, daß wir in Deutschland eine so gute Dopinganalytik haben, sicherlich die beste der Welt, bei uns werden auch die meisten Bestimmungen durchgeführt. Wir sind in diesem Bereich abgedeckt, aber da, wo es bei uns not tut, und was manchmal hinter der gesamten Dopinganalytik zurücksteht, ist der bessere Ausbau der sportärztlichen Versorgung unserer Spitzenathleten. Der Hochleistungssport ist eben nur begleitend möglich, wenn Ärzte dafür sorgen, daß es nicht zu irgendwelchen Überlastungsschäden oder zu Fehlhandlungen oder aber zu Trainingsformen kommt, die für den Organismus ungesund oder für seine Leistungsentwicklung nicht günstig sind.

Fallak: Ich will mich nur zu der Frage äußern, ob es denn möglich sei, im Training Dopingkontrollen vorzunehmen. Wir haben eine gemeinsame Antidopingkommission von NOK, DSB und Bundesinstitut für Sportwissenschaft, die sich zur Zeit mit dieser Frage sehr intensiv beschäftigt, weil sie immer wieder von den Verbänden, von Sportlern, von Trainern, aber auch von außerhalb gestellt wird. Soweit bisher - das ist ja eine juristische Diskussion, die da stattfindet - diese Diskussion zu verfolgen ist, kommen wir zu der Vermutung, daß uns die Juristen sagen werden: Das wird nicht möglich

sein. Wir sind aber in diesem Prozeß, und ich wollte Ihnen das gerne mitteilen.

Abg. Büchner (Speyer) (SPD): Das ist gar nicht so leicht, wenn da zum Schluß gesagt wird, daß das Ganze übertrieben sei und nur in wenigen Fälle eine Rolle spiele. Vorher wurde von der unheimlichen Angst vom Abtriften in die Szene gesprochen, und es wird so behandelt wie die Drogen-szene. Das sind ja sehr unterschiedliche Aussagen. Von allen ist aber dargestellt worden - und auch in den schriftlichen Darstellungen spielt das eine ganz besonders große Rolle -, daß die sportmedizinische Betreuung offensichtlich im argen liegt und daß da zentral angesetzt werden muß. Ich frage jetzt einfach einmal: Was ist da falsch? Was war bisher ungenügend? Was war eher kontraproduktiv? Und was muß jetzt konkret in der sportmedizinischen Betreuung geschehen?

Vielleicht noch die Frage dazu: Gibt es eine Chance, dieses in den Olympiastützpunkten zu tun? Wenn wir mit den Herren, die den Spitzensport gegenüber dem Sportausschuß des Deutschen Bundestages vertreten, Diskussionen führen, sagen sie: Da gibt es die Chance. Was sagen die Sportmediziner dazu? Gibt es dort die Chance? Haben Sie die Leute? Gehen sie auch dorthin? Ist dort eine Rundumbetreuung mit allen Notwendigkeiten möglich? Ist das das Konzept, das uns weiterführt?

Zweite Frage: Wissen Sportler und Trainer eigentlich Bescheid? Wissen sie genug Bescheid? Was tun Sie dafür in den Verbänden? Was tun Sie als Mediziner dafür, daß sie Bescheid wissen?

Dritte Frage: Es gibt den Vorschlag des Medikamenten-passes. Geht es darum, Katastrophen zu verhindern, auch persönliche Katastrophen zu verhindern? Oder ist es so, daß, wenn er da ist, er nichts nützt, weil die eigentlichen Geheimnisse dort nicht zu finden sein werden? Wie schätzen Sie das ein? Da kann ruhig einmal - das will ich noch sagen, Herr Professor Liesen - ein bißchen Polemik hereinkommen. Das macht nichts, man darf dabei natürlich die Tatsachen nicht übersehen: Die Frau Dressel ist nicht an Polemik,

sondern an Medikamenten gestorben. Das macht uns immer ein bißchen nachdenklich, wenn in dem Streit hehrer Wissenschaftler das Wort Polemik fällt, weil die anderen eine andere Meinung haben. Uns geht es schon um die Tatsachen, die, wie wir das als Laien feststellen, in den Auswirkungen verheerend genug sind.

Letzte Frage von meiner Seite: Welche Kompetenz hat eigentlich die Sportmedizin? Und welche müßte sie haben? Ist es nicht so, daß der Tierarzt, der das Pferd eines Leistungssportlers behandelt, in der medizinischen Rang- und Reihenfolge und auch in der öffentlichen Anerkennung, weil er ein ordentliches fachmedizinisches Gebiet vertritt, höher angesiedelt wird als dieser schillernde Begriff "Sportmediziner"? Wie sehen Sie denn hier die Einordnung, und was muß getan werden, um der Sportmedizin eine ordentliche Basis zu geben?

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Ich möchte doch noch einmal in der Frage nach den Fachverbänden nachstoßen. Hier sind Vorwürfe laut geworden, die ich mir nicht zu eigen mache, aber ich möchte danach fragen. Das sind Vorwürfe von deutschen Sportlern, aber auch von ausländischen. Coe, zum Beispiel, der britische Mittelstreckler, hat vor kurzem erklärt, die Fachverbände würden mauscheln und dadurch positive Ergebnisse verhindern. Er sagt, die Dopingkontrollen müßten weg von den Fachverbänden, hin zu unabhängigen Organisationen in diesem Bereich. Hier wollte ich vom DSB schon einmal hören, was man zu diesen Vorwürfen zu sagen hat?

Und dann auch zu Ihnen, Herr Professor Keul: Sie sagen, das Thema würde überzeichnet und es gebe nur einen ganz kleinen Anteil positiver Ergebnisse. Wenn dies zutrifft, was Sportler zum Teil sagen - Liesl Westermann sagt, und dazu muß sich der DLV auch einmal äußern, beim DLV würde die Einnahme von Dopingmitteln geduldet oder sogar empfohlen -, ist mir klar, daß dann natürlich auch bei Dopingkontrollen praktisch nicht die positiven Ergebnisse erzielt werden, die an und für sich da sein müßten. Hier müßten die Widersprüche

und die Vorwürfe, die erhoben werden, von Ihnen ausgeräumt werden.

Abg. Schmidt (Salzgitter) (SPD): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich möchte zunächst an den Kontext erinnern, in dem wir heute vormittag standen, nämlich an die ersten beiden Themenbereiche. Das spielt in diese Frage ganz entscheidend mit hinein, das haben wir immer wieder nur ansatzweise gehört. Ich sage das deswegen, weil ich glaube, daß manches auch mit dem übersteigerten gesellschaftspolitischen Anspruch an die Dinge im Spitzensport zusammenhängt, wenn sich denn der Athlet und sein Trainer dem Spitzensport zuwenden. Ich will das mit einem Beispiel verdeutlichen: Wie hilflos muß sich jemand vorkommen auf internationalem Wettkampfbereich, wenn er sich dem Wettbewerb stellt und das Gefühl hat, er würde zu Hause nicht ausreichend betreut? Das sind all die Mängel, die wir heute morgen besprochen haben. Dann kommt nach meiner Auffassung fast automatisch der Ruf nach äußeren Hilfen dieser Art, wie wir sie jetzt in diesem Komplex zu besprechen haben. Für mich ist das wichtig, was Herr Büchner eben schon angesprochen und was auch Herr Professor Keul in seinem letzten Beitrag zum Ausdruck gebracht hat, also zunächst einmal die Stabilisierung des gesamten Umfelds auch in der Sportmedizin. Wenn wir das, was auch Herr Dr. Schumpe in seinem Beitrag dargestellt hat, hinkriegen könnten, daß wir alle möglichen Fachbereiche der Medizin zur Hilfe des Athleten, zur Unterstützung seiner Arbeit für den Spitzensport zusammenwirken lassen, dann würde nach meiner Einschätzung auch diese Hilflosigkeit nicht zustande kommen, wie sie offensichtlich oftmals auslösendes Moment für das Vorgehen auf diesem Gebiet ist. Sehen Sie das so ähnlich?

Zweite Frage: Kann man dem "grauen Markt" nicht begegnen? Jeder weiß, daß zumindest darüber gesprochen wird. Mancher hat das auch schon in der Praxis erlebt. Sollte man nicht massiver als bisher Kontrollen ausüben und, wenn entsprechende Feststellungen getroffen werden - auch

im Bereich der Trainer, auch im Bereich der Mediziner -, drastischer vorgehen mit entsprechenden Sanktionen?

Die dritte Frage: Wie kommen wir dem Problem, das offensichtlich dem Fall Dressel zugrunde gelegen hat, bei, nämlich dem, daß die Wirkung der kombinierten Anwendung vieler solcher Mittel nicht ausreichend erkannt ist? Das scheint auch bei vielen Medizineren so zu sein, natürlich aber vor allem bei den Laien, die diese Mittel anwenden. Dies scheint mir ein zentrales Problem auch bei der nebeneinanderstehenden Liste, die Herr Prof. Donike hier geschildert hat, zu sein.

Ich will auch mein Unbehagen ausdrücken - und bitte Sie, mir zu sagen, wie man an die Lösung des Problems noch besser herankommen kann -, daß wir uns hier in der Diskussion, genau wie in dem anderen Bereich, den wir heute morgen diskutiert haben, auf einem Feld befinden, das wir auch gesamtgesellschaftlich einordnen müssen. Wir befinden uns auf einem ähnlichen Felde wie in der der Umweltchemie, in der Lebensmittelchemie. Da sitzen in den Gewerbeaufsichtsämtern - ich nehme jetzt einmal dieses Beispiel - Chemiker, die nur zu einem Drittel oder zu einem Viertel von dem eine Ahnung haben oder die fachliche Kapazität dafür haben, was sich so im allgemeinen abspielt. Stehen wir nicht tatsächlich den ganzen Entwicklungen, die wir jetzt feststellen, nach wie vor sehr hilflos gegenüber? Ich will hier auch das Wort von der gentechnischen Manipulation mit einschieben, weil ich glaube, daß dieser Zug schon im Rollen ist, und wir auch hier sehr hilflos den Entwicklungen gegenüberstehen. Das ist also eine Fülle von ungeklärten Fragen nach wie vor, die - ich komme auf den Ausgangspunkt zurück -, nur abzustellen sind, wenn wir massivst dagegen vorgehen, vor allen Dingen durch einen Ausbau unseres Systems in der Sportmedizin, und zwar in allen Fachbereichen.

Abg. Nelle (CDU/CSU): Herr Professor Keul, Herr Professor Liesen, wie beurteilen Sie die Qualifikation der Ärzte, wenn sie aus der Ausbildung kommen, hinsichtlich dieses Problems? Oder ganz anders gefragt: Müßte man nicht "den Sportmediziner" fordern?

Eine Frage an Emil Beck: Ist Weltklasseleistung - ich frage sehr bewußt, denn gerade bei Ihren Fechtern haben wir ja solche Leistungen in der Vergangenheit gesehen - ohne den Einsatz von Medikamenten überhaupt noch erreichbar?

Eine Frage an Helmut Meyer, der sich gerade mit diesen Fragen ständig befaßt: Werden die Normen, die zur Teilnahme an großen internationalen Veranstaltungen, z. B. Olympischen Spielen, Weltmeisterschaften, Europameisterschaften, erfüllt werden müssen, unter dem Gesichtspunkt festgesetzt, daß sie ohne die Einnahme von Medikamenten erfüllbar sind?

Eine letzte Frage an Herrn Fallak, ganz praktisch, ganz konkret: Wie beurteilen Sie eigentlich die Tatsache, daß in meinem Landesverband - dem Landessportbund Niedersachsen - die ständige medizinische Begleitung von Kindern und Jugendlichen im Leistungssport abgeschafft wurde?

Abg. Brauer (GRÜNE): Was muß das für ein Leistungssport sein, wenn es nach Dr. Liesen notwendig ist zu substituieren? Was muß das für ein Leistungssport sein, wenn ganz offensichtlich die Sportler und Sportlerinnen krank sind, so daß man nachfüllen muß? Da stelle ich ganz grundsätzlich die Frage nach der Art und Weise dieses Leistungssportes.

Mich hat auch Ihr Weltbild von der Machbarkeit eines Sportlers erschreckt. Sie haben gesagt: Wir entwickeln den Sportler, und anschließend machen wir ihn mündig, oder so ähnlich - "... um ihn mündig zu machen", ich habe das jetzt hier gefunden. Da steckt bei Ihnen ein Weltbild dahinter und auch der Glaube, medizinisch alles unter Kontrolle zu haben, der Glaube, zu wissen, wie der Körper ganzheitlich reagiert, der Glaube, zu wissen, welche Synergismen bei den ganz verschiedenartigen Mitteln dann eintreten. Das ist eine wahnsinnige Überschätzung. Ich meine, daß die Sportmedizin

hier auf einem falschen Geleise ist, wenn sie meint, dieses Wissen zu haben. Das zu Ihren Äußerungen.

Ich möchte aber noch einige Fragen stellen, die sich auch anschließen an das, was Herr Dr. Keul gesagt hat. Er sagte, das Phänomen des Dopings sei viel zu hochgehängt. Ich stimme dem zu. Ich würde meinen, daß das wahnsinnig schlimme Phänomen im Höchstleistungssport die Dauermedikation insgesamt ist, wobei man nicht mehr genau weiß, welche Reaktionen in der Summe auftreten. Dafür ist auch der Fall Birgit Dressel ein Beispiel. Ich möchte also noch einmal fragen, ob das vom medizinischen Sachverstand auch so bewertet wird, daß nicht das harte Dopingproblem das wichtige Problem ist, sondern die ständige Dauermedikation mit ihren unüberblickbaren Wirkungen.

Eine Frage habe ich noch an Herrn Donike: Haben die Kontrollmaßnahmen tatsächlich abschreckenden Charakter? Oder ist es nicht in der Dopinganalytik inzwischen so weit, daß das nichts weiter ist als ein Hase-und-Igel-Spiel, wo also die Analytik immer den neuen Dingen, die auf den Markt kommen, hinterherläuft?

An Frau Schüller möchte ich auch noch gerne eine Frage stellen: Sind Sie nicht der Meinung, daß unter dieser Prämisse "Immer schneller, höher, weiter" automatisch der Zwang zum Doping oder zur ständigen medikamentösen Behandlung erfolgen muß? Ist das nicht ganz typisch darin angelegt?

Und wie würden Sie die Problematik eines Gesundheits- und Allergiepasses bewerten? Dort wäre dann noch die Frage zu stellen: Wer trägt dort ein? Was wird im einzelnen eingetragen? Gibt es vielleicht mehrere Pässe, weil wir ja wissen, daß zwischen Sportlerinnen/Sportlern und dem Leistungsmanager - ich meine jetzt hier den Arzt - sehr enge persönliche, gegenseitige Bindungen auch entstehen, so daß es nicht nur einen Arzt gibt, der die Erfolge - mit seiner Patientin in diesem Falle - bewirkt, sondern das sind ja oft mehrere Ärzte, die oft nichts voneinander wissen? Ist das System der Gesundheits- und Allergiepässe ein sinnvolles

Verfahren, oder ist es von vornherein zum Scheitern verurteilt?

Abg. Clemens (CDU/CSU): Wir haben eben gehört, daß die sportmedizinische Betreuung verbessert werden muß. Da möchte ich Sie als die Fachleute fragen: Gibt es genügend Sportmediziner oder reichen Allgemeinmediziner aus, um heute Spitzenathleten hinreichend betreuen zu können? Ich unterstelle einmal, daß Ihre Antwort darauf hinausläuft, daß Sie sagen, es gebe nicht genügend Sportmediziner. Was wäre zu tun, um hier Abhilfe zu schaffen? Von Ihnen, Herr Keul, war ja angesprochen worden, daß hier ein großes Manko in der sportmedizinischen Betreuung besteht. Das kann man wohl allgemein so feststellen. Was hat zu geschehen, um dieser Misere abzuhelpfen?

Ich hatte vorhin schon die Frage gestellt: Gibt es negative Beispiele dafür, daß erfolgreiche Sportler später beim Alterwerden Nachfolgeschäden erlitten haben? Wie ist das überhaupt ganz allgemein bei solchen Spitzensportlern, die über längere Zeit Erfolg hatten? Wie sind die Erkenntnisse auf Spätfolgeschäden in dieser Hinsicht?

Vors. Tillmann: Ich möchte noch einmal das aufgreifen, was Herr Kollege Büchner, Herr Kollege Schmidt und auch jetzt Herr Kollege Clemens in Richtung Sportmedizin gesagt haben. Herr Professor Liesen, Sie haben ausgeführt, daß sie oftmals gezwungen sind, bei einem Athleten, der jahrelang falsch trainiert hat, medizinisch nachzuhelfen - mit Substitution z. B., wenn ich das richtig verstanden habe. Deswegen die Frage: Kann man nicht manches bei diesem Dopingproblem entschärfen, wenn man nicht nur mit Dopingproben und Bestrafungen operiert, sondern wenn man von vornherein eine solche medizinische Betreuung hat, so daß es überhaupt nicht mehr zu irgendwelchen Nachbehandlungen oder Ersatzbehandlungen kommen muß? Ich möchte z. B. auf das hinweisen, was Herr Dr. Schumpe hier gesagt hat, daß wir mehr Biomechanik brauchen. Wenn wir sie haben, brauchen wir wahrscheinlich weniger Traumatologie und weniger Orthopädie,

um das auszuheilen, was durch falsche Trainingsmaßnahmen angerichtet worden ist.

Könnte eine solche verbesserte medizinische Betreuung, in der alle Aspekte einer vorbeugenden und trainingsbegleitenden Medizin enthalten sind, das Dopingproblem - auch im Streit der Wissenschaftler und Mediziner untereinander - entschärfen?

Wäre auf diesem Weg auch das System der Olympiastützpunkte - wenn sie einmal so aussehen, wie sie sollen, und wirklich funktionieren - eine Hilfe? Sollten wir dieses System auch von der Politik her unter diesem Aspekt sehr stark mitfördern und vorantreiben?

Ich glaube, mit den hier gestellten Fragen sind alle Sachverständigen, die hier am Tisch sitzen, gefragt. Frau Dr. Schüller ist nicht da, aber es sind kritisch vor allem Herr Professor Liesen und Herr Professor Keul angesprochen worden.

Dr. Liesen: Ich glaube, ich bin eben nicht ganz richtig verstanden worden, insbesondere als ich darauf hingewiesen habe, daß erhebliche Trainingsfehler häufig dazu führen, daß es zu Entwicklungsstörungen bei jungen Menschen kommen kann, und daß die Sportmedizin zum Ziel hat, wirklich den Menschen insgesamt zu betreuen - das heißt also, nicht nur die Muskulatur zu betreuen oder die Regelsysteme des muskulären Aufbaus, sondern den gesamten Menschen mitzuentwickeln, auch zu einer Persönlichkeit, zu einem mündigen Athleten zu entwickeln. Dazu stehe ich auch. Und das hat nichts mit Substitution zu tun, Herr Brauer, und permanenter Behandlung mit Medikamenten, sondern ich kann einen Athleten zum Beispiel durch ein Training, das besonders hoch in der Intensität ist, mehr in einer aggressiven Weise, auch in seiner Persönlichkeitsstruktur, entwickeln, oder ich kann durch ein ganz dosiertes Training ihn sich in seiner Gesamtpersönlichkeit entfalten lassen. Dabei muß ich aber in der Lage sein, dieses Training permanent zu kontrollieren und zu steuern, d. h. im Trainingsprozeß immer wieder zu untersuchen: Wie reagiert der Mensch auf einzelne Trainings-

belastungen? Das meinte ich damit. Das hat zunächst überhaupt nichts mit Substitution und Behandlung zu tun. Das betrachte ich als sportmedizinische Betreuung, als sportmedizinische Trainingssteuerung. Wir müssen dahin kommen, daß wir den Menschen, insbesondere den jugendlichen Menschen, so komplex betreuen.

Ich halte es für eine Katastrophe, daß jetzt in Niedersachsen z. B. die sportmedizinische Betreuung der Jugendlichen ganz abgeschafft worden ist. Sie besteht im Prinzip bundesweit überhaupt nicht in dieser Notwendigkeit. Und das ist unsere Riesenproblematik. Wenn wir dieses Betreuungssystem haben - daß wir den einzelnen, das Kind, den Heranwachsenden und auch den Erwachsenen, entsprechend seiner individuellen genetischen Möglichkeiten im Training belasten und entwickeln und fördern - , dann kann man in den meisten Fällen auf jede Substitution usw. verzichten. Allerdings muß ich sagen, daß wir bei einem großen Prozentsatz auch solcher gesteuerter Sportler, die dann auch zur Entwicklung einer besonderen Leistung kommen, immer wieder Defizite aufgrund einer nicht mehr ausreichenden Zufuhr von Spurenelementen und anderen Substanzen über die Ernährung finden, weil die Ernährung heutzutage verarmt ist durch die Düngungsmethoden der letzten 20, 30 Jahre. Daran kommen wir nicht vorbei, das ist nun einmal so. Es treten immer wieder Mangelerscheinungen auf, zum Beispiel bei Magnesium und anderen Spurenelementen. Bei jedem Spurenelement, das in dieser Hinsicht neu untersucht wird, findet man entsprechende Defizite. Da muß eine entsprechende Substitution gemacht werden können. In Einzelfällen ist sicher auch eine Therapie notwendig, wenn man eklatante Defizite findet und nicht mehr mit einer Substitution allein zurechtkommt.

Die zweite Frage kam zur Qualifikation der Ärzte. Bisher ist es nicht gelungen, die Sportmedizin in die Approbationsordnung und in das Studium hineinzubekommen. Dieses Defizit macht sich jetzt zunehmend bemerkbar. Wir haben keinerlei Chance, schon im Studium den Medizinstudenten die vielfältigen Probleme des Sports - nicht nur des Leistungssports, sondern auch des Breitensports -

darzustellen. Dabei hat der Leistungssport eine Schrittmacherfunktion, auch für all das, was ich eben zu den Mangelercheinungen durch unsere Ernährung, durch die durch die Düngung ausgelaugten Getreidesorten usw., sagte. Wir finden diese Mangelercheinungen primär beim Hochleistungssportler. Sie sind sicherlich auch latent vorhanden beim Breitensportler oder bei jedermann, der sich sehr stark beruflich engagiert, der stark unter Streß steht. Aber all diese Dinge, die für die Gesundheit optimal oder negativ sind, finden wir zunächst einmal beim Leistungssportler. Und hier gibt es eine Riesenaufgabe des Leistungssports für die Gesunderhaltung des Breitensports. Aber diese gesamten Probleme können wir den heranwachsenden Medizinern nicht vermitteln, und da beginnt schon die große Problematik.

Das zweite ist, daß wir keine systematische, keine strukturierte Ausbildung im Bereich der Sportmedizin in Deutschland haben. Wegen des föderalistischen Systems macht im Grunde genommen jeder Landesverband, was er will. Es gibt keine gute Ausbildung. Diese Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" sagt überhaupt nichts darüber aus, ob jemand qualifiziert ist, einen Breitensportler oder einen Leistungssportler betreuen zu können. Die Olympiazentren sind aus meiner Sicht die einzige Chance, eine gute Betreuung für den Hochleistungssport durch die Sportmedizin sicherzustellen, auch von anderen Wissenschaftsbereichen her, wie eben die Biomechanik usw., in entsprechender Kooperation. Wir haben aber im Moment nicht einmal die Möglichkeit, diese zwölf geplanten Olympiastützpunkte mit qualifizierten Ärzten im Hochleistungssport auszurüsten. Darüber muß man sich im klaren sein, wir müssen sie zum Teil erst einmal ausbilden. Und es müssen zunächst einmal Ausbildungsstätten an funktionierenden großen Instituten geschaffen werden, um diese Leute erst einmal zu produzieren.

Vors. Tillmann: Darf ich einmal klarstellen? Sie haben nicht gesagt, Sie hätten nicht die Möglichkeit, weil das Geld fehlt, sondern weil die Ärzte fehlen? Ist das richtig?

Dr. Liesen: Ja, das ist richtig. Und wir haben nicht die Stellen in den Instituten, solche Ärzte z. B. auszubilden. Und das ist wiederum auch ein finanzielles Problem, daß wir diese Sportmediziner einfach nicht haben. Darüber sollte man an dieser Stelle auch einmal reden, daß diese Möglichkeiten dort geschaffen werden müssen.

Es wurde hier sehr oft der Fall Dressel erwähnt: Der Fall Dressel und der tragische Tod dieser jungen Sportlerin haben aus meiner Sicht - und ich habe auch das gesamte Gutachten gelesen - gar nichts mit der Sportmedizin zu tun, das ist ein ganz anderes Problem, das liegt ganz anders irgendwo. Wenn Sie das ernsthaft lesen, dann werden Sie feststellen, daß es sich hier um ein klinisches Problem der Behandlung eines Patienten handelt und nicht um ein sportmedizinisches. In diesem Bereich, in dem es kritisch wurde, haben gar keine Sportmediziner die Finger im Spiel gehabt. Das muß man einfach einmal so sehen, das ist Realität. Da müssen Sie das wirklich auch einmal mit Verstand lesen, dann kommen Sie auch zu diesem Ergebnis. Das hat wirklich nichts mit der Sportmedizin zu tun.

(Frau Dr. Schüller: Da muß ich protestieren! Das ist einfach nicht richtig!)

Vors. Tillmann: Frau Dr. Schüller, in aller Freundschaft: Sie werden ja noch das Wort erhalten, Sie können sich noch dazu äußern. Sie haben das Wort, Herr Dr. Liesen.

Dr. Liesen: Ich überlasse es erst einmal der lebhafteren Diskussion, ich kann mich vielleicht später noch einmal zu den anderen Problemen zu Wort melden, die hier angeschnitten worden sind. Ich möchte der Dame den Vortritt lassen.

Vors. Tillmann: Vielen Dank, Herr Professor Liesen, aber jetzt habe ich auf meiner Liste Herrn Professor Keul stehen.

Dr. Keul: Ich möchte zunächst aufgreifen, was Sie selbst gesagt haben, ob man die Prophylaxe nicht verbessern kann, um damit das Umfeld des Spitzensportlers mehr zu ordnen und damit auch die Versuchung und die Möglichkeit, durch irgendwelche pharmakologischen Maßnahmen einen Leistungsfortschritt zu erzielen, zu beseitigen. Hier möchte ich Ihnen absolut beipflichten. Nur ist es uns nicht möglich, ein so geordnetes Umfeld zu erzeugen - das haben Sie, Herr Büchner, auch eben angesprochen. Herr Liesen hat schon auf die Approbationsordnung hingewiesen, in der wir bis heute kein Zuhause gefunden haben. Aber es gibt noch zwei andere wesentliche Punkte, die miterwähnt werden müssen, die Voraussetzung sind. Das eine ist, daß mehr Forschungsmittel bereitgestellt werden müssen, um auch die Grundlagen für die Entwicklung im Leistungssport von medizinisch-biologischer Seite her zu erfassen. Und ein weiterer Punkt ist, daß wir mehr Arztstellen brauchen. Wir haben viel zu wenig Mediziner, die diese Betreuungsmaßnahmen vornehmen können. Wir müssen uns darüber im klaren sein, daß die meisten Mediziner, die im Leistungssport tätig sind, dafür ja gar nicht da sind. Sie haben ja ganz andere berufliche Aufgaben. Sie sind an Kliniken angestellt und werden freigestellt. In die Trainingslager gehen fast nur Ärzte mit, die andere klinische Aufgaben haben. Wir sind also innerhalb der Bundesrepublik völlig unterbesetzt.

Damit kommt auch das zweite Problem, das Herr Liesen angeschnitten hat: Wir sind nicht ad hoc in der Lage, bei den Olympiastützpunkten sofort die ärztliche Versorgung so herzustellen, wie wir sie uns wünschen. Aus diesem Grunde ist es für meine Begriffe absolut vordringlich, daß mehr Arztstellen geschaffen werden und wir eine Ausbildung in klinischer, in trainingsphysiologischer und in leistungsmedizinischer Hinsicht gewährleisten können, damit eine entsprechende Betreuung stattfinden kann. Darum möchte ich auch die Politik bitten, daß hier mit mehr Nachdruck diesen von uns seit langem, seit Jahren erhobenen Forderungen Gehör verschafft wird. Ich habe viele Briefe, die in diese Richtung gingen, an Herrn Baum - er ist leider nicht hier -

geschrieben, aber es hat sich bis heute leider nichts geändert.

Als weiterer Punkt wurde der Medikamentenpaß angeschnitten. Wir haben im Deutschen Leichtathletik-Verband bereits vor Jahren einen Medikamentenpaß gehabt. Das waren andere Fragestellungen, aber im Grundkonzept ging es darum, daß, wenn der Sportler zu einem anderen Arzt kam, dieser wußte, was der Sportler eingenommen hat; der Sportler selbst kann das ja nicht wissen. Das wurde dort eingetragen. Diese Möglichkeit, dem Athleten einen Medikamentenpaß mitzugeben, ist daran gescheitert, daß er den Paß fast immer vergessen hat. Er kam also zum Arzt, man konnte nichts eintragen, man wußte auch nicht, was eingetragen war, die meisten Sportler brachten diesen Medikamentenpaß nicht mit, und deswegen ist das später im Leichtathletik-Verband auch nicht mehr weiter fortgesetzt worden. Ich bin der Auffassung, daß ein Medikamentenpaß in dem Sinne nicht praktikabel ist.

Ein weiterer Punkt waren bei den Dopingmitteln die Anabolika. Es wurde angesprochen, daß eventuell hier ein großer Teilbereich ist, der Dopingmittel einnimmt, und uns das nicht bekannt ist oder aber, daß wir, die wir uns mit dem Leistungssport beschäftigen, vielleicht bewußt eine gewisse Blindheit zeigen. Das ist keineswegs der Fall. Wir dürfen uns doch nicht immer von den wenigen Disziplinen im Sport, wo das möglich ist, in diese Richtung drängen lassen. Bei den meisten Sportarten gibt es kein Doping. Im Tennis - ich mache das über 20 Jahre, das ist eine Bewegung im Sport, die heute Millionen Menschen erfaßt - wird kein Dopingmittel eingenommen. Ich habe noch nie erlebt, daß ein Bungee oder ein Kuhnke oder heute ein Becker oder eine Steffi Graf --

(Abg. Schmidt (Salzgitter) (SPD): Dafür würde ich meine Hand nicht ins Feuer legen!)

- Was heißt hier "Hand ins Feuer legen"? Wenn Sie jemanden in seiner aktiven Zeit kennen und Sie kennen ihn auch noch sehr gut persönlich 20 Jahre danach, glauben Sie nicht, daß in Gesprächen offengelegt wurde, was alles im Laufe der Zeit passiert ist? Ich weiß von vielen, die mir früher nichts gesagt haben, daß sie ein Mittel eingenommen haben, und

einige Jahre später, nach ihrer aktiven Laufbahn, haben sie es erzählt.

(Abg. Schmidt (Salzgitter) (SPD): Glauben Sie nicht, daß die heutigen Profis nicht auch in die Gefahr geraten!)

Vors. Tillmann: Herr Kollege Schmidt, alles in Ordnung, aber bitte keine Zwiegespräche.

Dr. Keul: Das Problem wird falsch gesehen. Es hat ja nur einen Sinn, eine leistungsfördernde Substanz einzunehmen, wenn ich damit auch eine Leistungsförderung erzielen kann. Es gibt viele Sportarten, bei denen das nicht möglich ist. Wenn Sie z. B. beim Tennis Aufputschmittel geben, stören Sie die Feinkoordination, es kommt zum Tremor, zum Zittern, so daß ich einen Nachteil habe. Gebe ich im Tennis Anabolika, wird ebenfalls die Motorik mitbeeinträchtigt. Das heißt, die Wechselwirkung einer so komplexen Sportart gestattet es nicht oder es bringt keinen Leistungsvorteil. Es mag sein, daß der eine oder andere einmal etwas versucht hat, nur hat sich das überhaupt nie durchgesetzt. Es sind ja inzwischen zweimal Dopingbestimmungen durchgeführt worden, in Wimbledon und in Australien. Sie sind zwar nicht veröffentlicht worden, sie sind mir nur in ihrem Ergebnis zugänglich geworden: Da sind überhaupt keine positiven Befunde erhoben worden. Es gibt wohl einen Fall von Kokain, aber das liegt ja wieder auf einer anderen Ebene. Das muß man nicht dem Tennis zuordnen. Bei der Dopingproblematik muß man sich also im klaren sein, daß es nur einige Sportarten sind, die davon einen Profit haben können.

Damit komme ich noch zu dem Problem, das auch von Ihnen, Herr Clemens, angesprochen worden ist, nämlich den Nachfolgeschäden bei Leistungssportlern. Für den Bereich der Inneren Medizin - ich kann das relativ sicher sagen, weil wir eine Vielzahl von Leistungssportlern, insbesondere auch mein verehrter Chef, Professor Reindl, nachuntersucht haben, Leistungssportler der 50er, der 60er Jahre, und wir haben inzwischen nochmals eine Vielzahl einbestellt - haben wir überhaupt keine Nachfolgeschäden festgestellt. Wir haben

zwar Schäden und Erkrankungen gesehen, z. B. Herzinfarkte. Das waren dann Raucher geworden, oder sie hatten Übergewicht und dergleichen mehr. Soweit mir bekannt ist, sind dauerhafte Schäden am Bewegungsapparat bei den Spitzensportlern, so daß das zu einer Einschränkung ihrer Lebensqualität geworden wäre, auch nicht gegeben. Man muß ja hier den Unterschied sehen zu einer kleinen Verletzung, die unerheblich ist, die möglicherweise sehr störend ist, aber doch nicht eine Einschränkung der Lebensqualität bedingt.

Vors. Tillmann: Ehe ich das Wort weitergebe, wollte Herr Kollege Mischnick noch eine Zusatzfrage an Herrn Professor Keul stellen.

Abg. Mischnick (FDP): Die Frage, wie wir zu mehr Sportmedizinern kommen, spielt ja schon seit Jahren eine Rolle. Beim Nachfragen bei der Kultusminister- und der Wissenschaftsministerkonferenz hören wir, daß da der Widerstand da ist, entsprechende Lehrstühle einzurichten. Und wenn wir dann nach dem Grund fragen, hören wir, daß es unter den Medizinern unterschiedliche Meinungen gibt, ob man diese Disziplin einführen soll oder nicht. Meine Frage: Ist diese Behauptung völlig falsch? Oder ist es nicht nur eine Frage der Stellen, sondern auch der Widerstand im medizinischen Bereich selbst, hier eine bestimmte Disziplin mit allen Folgen - Lehrstühlen usw. - einzuführen?

Vors. Tillmann: Hierzu hatte sich auch Herr Professor Hollmann gemeldet, der vielleicht kraft Amtes etwas dazu sagen kann. Aber zunächst ist Herr Professor Keul an der Reihe.

Dr. Keul: Diese Frage, die Sie angeschnitten haben, ist völlig berechtigt und auch richtig. Es gibt nicht nur einen Widerstand von seiten der einzelnen Länder, weil das ja Geld kosten könnte, sondern es gibt auch Widerstände innerhalb der einzelnen Fakultäten. Das beruht meistens darauf, daß die Mittelzuweisung global erfolgt. Man sagt: Wir sind gerne

bereit, Ihnen noch einen Lehrstuhl zu geben, aber diesen Lehrstuhl müssen Sie aus dem gesamten Topf heraus finanzieren. Und dann sind die Fakultäten nicht dabei. Dann sagen sie: Wir müssen also irgend etwas von uns abgeben, einen Assistenten, eine Sekretärin und einen Lehrstuhlinhaber usw., und irgend etwas anderes wird gekürzt. Das wäre möglich, wie es gelegentlich auch Baden-Württemberg gemacht hat, indem diese Lehrstühle zweckgebunden ausgeschrieben werden.

Abg. Mischnick (FDP): Zweckgebundene Möglichkeiten halten Sie für gegeben?

Dr. Keul: Das wäre das richtige, daß ein sportmedizinischer Lehrstuhl eingerichtet wird, der nicht für etwas anderes verwandt werden darf.

Dr. Hollmann: Die Problematik ist genauso, wie sie Herr Keul eben dargestellt hat. Die maßgebliche Institution für den Bundesrat, über den Änderungen der ärztlichen Approbationsordnung laufen müssen, ist der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag. Darunter versteht man die Vereinigung aller medizinischen Dekane. Sie sind in der letzten Abstimmung, die über die Sportmedizin stattgefunden hat, und zwar Ende 1985, zu dem Ergebnis gekommen: 1 Stimme für sportmedizinische Aufnahme, eine Stimmenthaltung, 37 Dekane gegen die Sportmedizin.

(Abg. Mischnick (FDP): Und dann sind die Politiker daran schuld, wogegen ich mich wehre!)

- Den Politikern ist in dieser Hinsicht, Herr Mischnick, noch nie von unserer Seite ein Vorwurf gemacht worden. Wir sind dankbar, wie sehr die Sportmedizin im sehr wohl gesellschaftsverständenen Interesse von der Politik gefördert wird. Hier liegen tatsächlich die Widerstände im eigenen Fachbereich. Das ist menschlich verständlich. Ich wüßte nicht, wie ich mich verhalten würde, wenn ich jetzt meinerseits - in diesem Falle nicht als Internist und Kardiologe, der ich bin und der ich die Sportmedizin vertrete,

sondern als Dekan - vor der Frage stünde: Hier soll ein neues Fach aufgemacht werden. Kommt es gesetzlich in die Approbationsordnung als Pflichtfach hinein, steht mir juristisch Personal, Material und Räumlichkeit zu. Da beginnen jetzt die Schwierigkeiten: Der Kuchen wird nicht größer, sondern er wird einfach in weitere Einzelteile aufgeteilt. Und da hängt jetzt die ganze Sache im argen. Wir sind schon vor langer Zeit in internen Universitätskreisen dazu gekommen, daß, sollte der Kuchen nicht vergrößert werden, wir uns einfach weigern, neue Fächer generell zu akzeptieren - einfach, weil die vorhandenen Fächer dadurch zerstört werden. Sie werden immer kleiner und sind schließlich gar nicht mehr funktionsfähig. Vor diesem Problem stehen wir beispielsweise momentan in verschiedenen Bereichen in der Deutschen Sporthochschule in Köln, um es dort im kleinen zu sagen, die ja auch eine selbständige Universität darstellt. Das sind die wahren Hintergründe. Der Ministerrat aber hört auf den Westdeutschen Medizinischen Fakultätentag, und dessen Wort ist dann eben für diese Fragestellungen tabu.

Beck: Ich bin vorhin von Herrn Abgeordneten Nelle gefragt worden, ob man auch noch Weltklasseleistungen ohne Doping bringen kann. Der Weltverband im Fechten hat Dopingkontrollen bei allen Weltcupturnieren eingeführt. Zusätzlich hat der Deutsche Fechter-Bund - und ich habe sehr darum gekämpft - auch Dopingkontrollen bei den Juniorenqualifikationsturnieren eingeführt. Also auch bei den Deutschen Meisterschaften werden bei uns Dopingkontrollen durchgeführt. Das wollte ich auch im Interesse der Gesundheit der eigenen Sportler und Sportlerinnen. Herr Professor Donike wird mir sicherlich bestätigen, daß es noch nie einen positiven Fall von deutschen Fechtern gegeben hat. Es gibt mehrere positive Fälle von Italienern, Franzosen, Russen usw., aber nicht von deutschen Fechtern. Damit wollte ich sagen: Wir gewinnen ja trotzdem. Es geht also auch so.

Ich wollte dazu noch drei Punkte anführen: 1. So mancher Verdacht auf gedopte Gegner ist ein Alibi für eigene

Schwächen. 2. Ein gut vorbereiteter Sportler fürchtet keinen Gegner, und schon gar nicht einen gedopten; wir beweisen es. 3. Die Ausschöpfung aller erlaubten Möglichkeiten der Substitution ist bei hochtrainierten Sportlern nicht nur zu dulden, sondern im Interesse ihrer Gesundheit zu fordern.

Hier möchte ich Herrn Liesen beistehen, denn ich kann mir nicht vorstellen, daß Fechter, deren hoher Schweißverlust nicht durch Elektrolyten ausgeglichen werden kann, keinen gesundheitlichen Verlust und vielleicht auch keine Spätschäden zu befürchten hätten. Deshalb darf ich ganz besonders darum bitten, daß Herr Liesen, soweit es dieses Gebiet betrifft, sehr darum kämpft.

Ich darf aber vielleicht auch noch etwas zum Fall Dressel sagen, weil das jetzt mehrmals angesprochen wurde. Ich weiß nicht, Frau Dr. Schüller, ob Sie heute morgen schon da waren: Ich habe gesagt, daß wir im Olympiastützpunkt in Tauberbischofsheim, wo ich die Fechter und Fechterinnen betreue, eine optimale medizinische Betreuung haben. Der Ausschußvorsitzende, Herr Ferdi Tillmann, und Herr Nelle haben sich auch letztthin davon überzeugt. Es klappt bei uns hervorragend, ich habe natürlich auch das Glück, daß dieser Arzt Weltmeister 1973 und Silbermedaillengewinner ist. Wir haben eine sehr gute Zusammenarbeit mit Herrn Professor Klümper, und wir haben ihm wesentliche sportliche Erfolge zu verdanken. Unter diesen Sportlern, die er betreut, sind mit Frau Dr. Lotter, Dr. Rutz und Jürgen Hehn selbst Mediziner. Es klappt bei uns also hervorragend dort, wo wir nicht mehr weiterkommen. Er ist eine Kapazität, das ist gar keine Frage. Vor allen Dingen auch für das Fechten wäre ich sehr froh, wenn wir ihn lange halten könnten. Die Sportler gehen zu ihm, da geht ein Physiotherapeut mit, dann kommt die Rückmeldung an den Arzt, und dann wird die Behandlung durchgeführt. Und wenn das so gemacht wird, dann ist es optimal. Natürlich ist es nicht gut, wenn jemand hinget, sich behandeln läßt, nach Hause kommt und, weil er keine ärztliche Betreuung hat - das ist das, was wir vorhin angesprochen haben -, nicht weiter behandelt wird. Dadurch mag es Schäden geben, die man aber sicher nicht

Professor Klümper dann ankreiden kann. Ich wollte das hier auch einmal gesagt haben. Ich weiß nicht, Frau Schüller, wo Sie im Sport derzeit arbeiten oder wie stark sie früher trainiert haben. Ich kann jetzt auch nicht die Erfolge alle aufzählen. Ich weiß nicht, ob sie besonders viel trainiert haben oder nicht. Aber wenn Sie heute im Sport direkt in einer solchen Institution tätig wären, dann hätten Sie vielleicht auch eine andere Einstellung.

Abg. Büchner (Speyer) (SPD): Darf ich vielleicht, Herr Beck, weil Sie auch die Trainer und Betreuer in Ihrer Funktion hier vertreten, noch einmal fragen, ob es eine institutionalisierte Unterrichtung der Trainer und Betreuer gibt über die Wirkungen von Medikamenten, über die Dosierung? Und haben Trainer mit Medikamenten überhaupt etwas zu tun? Wie sieht denn das in der Praxis aus?

Beck: Natürlich haben wir damit zu tun, aber ohne den Arzt geht nichts. Ich werde mich also nicht hier einmischen und sagen: Der Athlet muß das und das nehmen. Um Gottes willen, das geht nicht. Natürlich werden wir darüber auch informiert, wenn irgendwo ein Heilungsprozeß stattfinden muß und der Arzt sagt: Der Junge ist verletzt und kann das sportliche Training jetzt nicht durchführen. Das geht alles in Verbindung mit dem Arzt, dem Trainer und dem Athleten. Ich freue mich darüber, daß bei uns noch nie etwas passiert ist, und bis jetzt auch hat es auch noch keine Folgeschäden gegeben. Und ich bin jetzt seit 34 Jahren Trainer.

Frau Dr. Schüller: Bei allem Respekt vor Ihrer Leistung als Trainer und als Betreuer - damit habe ich gar kein Problem - habe ich den Eindruck, daß Sie die Chronologie des Ablaufes im Fall Dressel wahrscheinlich nicht so gut beurteilen können. Damit tun sich die Mediziner schon sehr hart.

Zu Herrn Liesen: Ich weiß nicht, ob Sie der Sportmedizin und dem, was Sie vertreten, einen Dienst erweisen, wenn Sie die Thematik so darstellen, wie Sie das eben getan

haben. Ich halte das, gelinde gesagt, für ein intellektuelles Foul, diese Ursächlichkeit nur an die Universitätsklinik Mainz zu verschieben. Da muß man fair sein und sich den gesamten Ablauf vor Augen halten. Nichts anderes haben wir getan. Ich bedaure im übrigen, daß Herr Professor Klümper nicht hier ist. Ich hätte mir sehr gewünscht, daß er als Vertreter einer staatlich finanzierten Organisation sich hier einfinden kann, er ist aber nicht da.

Das medizinische Weltbild, das Sie eben angesprochen haben, ist wirklich ein Punkt, über den man einmal reden muß. Die gesamte Sportmedizin gliedert sich ja in zwei Bereiche auf: Da ist einmal die mehr oder weniger wissenschaftliche Seite, ist das, was von den Instituten, in dem Fall auch besonders von Professor Liesen, vertreten wird, die wissenschaftliche Komponente mit der natürlichen Reizdarstellung, Leistungsgrenzen zu erforschen, so nahe wie möglich an sie heranzugehen. Das ist medizinisch ein spannendes Unternehmen, das gestehe ich durchaus zu. Man kommt aber in den Bereich, wo man über Ethik und Moral doch etwas nachdenken muß. Ich glaube nicht, daß man diesen Punkt einfach außer acht lassen kann, sondern er gehört immer wieder hinterfragt. Und ich sehe in Professor Hollmann, bei dem ich promoviert habe und den ich immer wieder zu Gesprächen aufgesucht habe, um in der Thematik am Ball zu bleiben, auch einen Gesprächspartner, der diesen Aspekt nie aus den Augen verloren hat. Er gehört sicherlich der alten Garde der Sportmediziner an. Ich würde mir wünschen, daß die, die nachrücken, davon etwas übernehmen.

Das andere ist die rein sportmedizinische Betreuung im Rahmen von Auskurieren oder dem akuten Therapieren von Verletzungen. Das ist ein ganz anderer Bereich. Das ist auch der Bereich, der sich in den Praxen, bei denen "Sportmedizin draufsteht, niederschlägt. Das sind ja häufig Orthopäden, oder es sind Internisten oder auch Allgemeinärzte, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" haben. Wenn Sie diese nach gezielten Dopingproblematiken fragen, dann werden Sie auf totales Unverständnis stoßen, weil sie damit natürlich nie berührt worden sind. Sie verstehen ihre Art von Sportmedizin

- und das ist die zweite Komponente von Sportmedizin - als die rein therapeutische Behandlung von sportspezifischen Verletzungen. Insofern muß man immer sehr genau auseinanderhalten, wovon man gerade spricht: Spricht man von der rein wissenschaftlichen Seite oder von der therapeutischen Seite?

Zum Medikamentenpaß, der auch von mir einmal in die Diskussion geworfen worden ist: Ich halte ihn natürlich nicht für ein Allheilmittel, er kann auch nicht die Lösung der gesamten Problematik sein. Er setzt nur am schwächsten Glied der ganzen Kette an, und das ist für mich immer noch der Athlet, der selber betroffen ist und der in aller Regel am allerwenigsten überschaut - von einigen Koryphäen, die es mittlerweile darunter auch gibt, einmal abgesehen -, was medizinisch und pharmakologisch läuft. Ich finde, der Athlet möchte das Recht haben, für sich persönlich jederzeit kontrollieren und auch einem anderen Kollegen nachweisen zu können, was an ihm gemacht worden ist. Nur so verstehe ich den Medikamentenpaß, daß ihn der Athlet mit sich führt und darauf besteht, daß, wer auch immer Hand an ihn legt, er dieses auch einträgt. Als eine absolute Lösung des Problems kann das nicht gedacht worden sein. Es bringt natürlich überhaupt nichts, diese Pässe in irgendwelchen Instituten zu belassen und dort nur etwas eintragen zu lassen. Da sind wir uns wohl einig.

Zu der Tennis-Außerung von Professor Keul: Ich wünschte, es wäre so. Ich halte das auch für etwas blauäugig.

Vors. Tillmann: Nachdem Sie Ihr Bedauern ausgesprochen haben, daß Herr Professor Klümper nicht anwesend ist, will ich nur sagen, daß sich Herr Professor Klümper bereits am 24. August entschuldigen mußte, daß er aus dienstlichen Gründen heute nicht teilnehmen kann. Dafür muß man eben Verständnis haben.

Herr Beck wollte sich noch einmal direkt melden. Wenn er das ganz kurz macht, dann gebe ich ihm das Wort.

Beck: Ich habe heute noch nicht zuviel gesprochen. Wenn ich etwas sage, dann ist das interessant.

Frau Dr. Schüller, Sie haben mich vorhin angesprochen, daß ich das sicherlich nicht so gut beurteilen kann. Das kann ich als kleiner Trainer auch gar nicht, das möchte ich mir auch gar nicht anmaßen. Aber beim Bundestrainerseminar, das stattfand, hat Herr Professor Krahl - das ist der Arzt des Leichtathletik-Verbandes - den Fall Dressel vorgetragen. Er hat dort den Auftrag vom Leichtathletik-Verband gehabt zusammen mit einem Expertenteam. Ich habe extra noch einmal in meiner Eigenschaft als Vorsitzender der Trainerkommission des Bundesausschusses Leistungssport nachgefragt und ihn noch einmal ans Mikrophon gebeten, und er hat ganz klar verneint, daß Herrn Professor Klümper hier eine Schuld zuzuweisen ist, sondern das lediglich in der letzten Phase der Behandlung in Mainz zustande gekommen ist. Ich wollte das nur noch einmal ganz klar hier sagen, was Herr Professor Krahl - nicht meine Wenigkeit als Trainer - als offizieller Arzt der Leichtathletik mit der Expertenkommission nach Ausarbeitung des Gutachtens festgestellt hat.

Vors. Tillmann: Nachdem wir jetzt sehr viel über Doping und den Dopingmißbrauch gesprochen haben, möchte ich einmal wieder das andere Thema, die sportmedizinische Betreuung, in den Vordergrund rücken. Dazu möchte ich Herrn Dr. Schumpe das Wort geben.

Dr. Schumpe: Ich möchte zunächst einmal darauf hinweisen, daß es einen eklatanten Widerspruch zwischen dem gibt, was Herr Professor Keul gesagt hat, und der Orthopädie. Herr Professor Keul sagte, er hätte keine Folgeschäden bei Sportlern festgestellt, während in der Orthopädie die Meinung herrscht, daß nahezu 100 Prozent aller Sportler Früharthroseschäden der Gelenke bekommen. Das liegt daran, daß die sportmedizinische Betreuung vorwiegend in den Händen der Internisten liegt. Die Orthopäden werden primär erst dann gerufen, wenn sportliche Schäden auftreten?

Jetzt muß man sich einmal überlegen, warum die Orthopädie nicht in die sportmedizinische Betreuung in dem Sinne, wie sie erwünscht wird, hineinkommt. Die Ausbildung der Orthopäden beruht vorwiegend darauf, als chirurgische Tätigkeit gesehen zu werden. Jeder Orthopäde hat im konservativen Sinne einer Betreuung fast keine Ausbildung, sondern er muß sie sich autodidaktisch selbst beibringen, und meistens erst dann, wenn er sich in die Praxis begibt. Dazu ist es natürlich günstig, wenn er sich dann im Schnellschwung noch den Beittitel "Sportmedizin" erwirbt, um unter Umständen hier eine mögliche Patientenschar zu betreuen.

Die Befassung mit dem Bewegungsablauf ist heute eigentlich in der Klinik, in der Ausbildung eine Seltenheit. Man ist ein Exot, wenn man sich in der Klinik mit den Bewegungsabläufen und den gestörten Bewegungsabläufen der Patienten, geschweige denn mit denen der Sportler, die durchaus noch nicht so pathologisch gestört sind, befaßt. In diesem Rahmen gibt die Biomechanik die einzige Möglichkeit, die Bewegung zu beurteilen, denn sie erfaßt das räumliche Bewegungsbild. Was man heute zum Teil in der Orthopädie unter Biomechanik versteht, ist die Betrachtung der Statik, die Betrachtung der Belastung, der Geometrie. Sie hat überhaupt nichts mit dem Bewegungsablauf zu tun, sondern das sind rechnerische Kunststücke, die teilweise durchaus theoretischen Wert haben, aber praktisch kaum Anwendung finden.

Insofern versuche ich, einen Teil, der bisher überhaupt nicht diskutiert wurde, die Biomechanik, in den Mittelpunkt zu rücken, denn sie hat heute die Möglichkeiten, über die Computeraufschlüsselung und die Automatisierung eine schnelle Bewegungsdiagnose zu geben. Kleinste Drehbewegungen in den Gelenken führen häufig eher zu Schäden als hohe Überlastungen. Die Maximalbelastung wird sowohl in der Orthopädie wie auch in den sportmedizinischen Symposien immer dafür angeführt, daß sie die Schäden setzt. Aber wir können durch Feinstmessungen zeigen, daß Fehlbewegungen durch Scherkräfte, die falsch auf das Gelenk wirken, ein

Zehntel der Maximalbelastungen ausmachen, aber daß sie eigentlich die ursächlichen Schäden setzen, weil der Knorpel z. B. für senkrechte Belastungen sehr gut geeignet ist, während er für Scherkräfte überhaupt nicht geeignet ist. Er entartet bindegewebig und verliert damit seine Stützfunktion. Das eigentliche Problem ist, daß sich ein Boden für die Biomechanik erst in der letzten Zeit entwickelt, nachdem man vielleicht im Ausland durch Fernsehsendungen z. B. über die Simulation der Bewegung und Anwendung im medizinischen Bereich erkannt hat, was für eine Bedeutung das in der Zukunft haben kann.

Vors. Tillmann: Das würde dann auch eine Konsequenz für die Olympiastützpunkte bedeuten mit entsprechender Ausstattung und Ausrüstung, mit Maschinerie und mit Menschen natürlich?

Dr. Schumpe: Ja, natürlich. Aber dann natürlich nicht alleine mit dem Biomechaniker, sondern er muß mit dem Trainer, der ja dann seine Anweisungen versucht durchzuführen, damit es nicht zu Schäden kommt, sehr eng zusammenarbeiten, und mit den anderen Gruppen genauso. Ich glaube, diese Organisation aufzubringen ist wohl die große Schwierigkeit.

Vors. Tillmann: Wollen wir hoffen, daß das durch die Olympiastützpunkte mittelfristig gelingt.

Dr. Donike: Zunächst zu der Frage von Herrn Brauer bezüglich des Systems Hase und Igel. Das ist ein Begriff, der mir von spitzfindigen Fragen der Presse geläufig ist. Ist es nicht das Schicksal einer jeden Kontrolleinrichtung, daß sie mit ihren Maßnahmen hinterherhinkt?

Aber ich möchte eine andere Frage anschließen, die im Zusammenhang mit Humanität steht. Ich habe als ehemaliger Berufssportler und als Biochemiker die größten Schwierigkeiten, medikamentöse Maßnahmen, die heute an Spitzensportlern durchgeführt werden, nachzuvollziehen. Ich könnte eine

ganze Reihe von Beispielen nennen, wo eine pharmakologische Behandlung an den schlichten Gesetzmäßigkeiten der Biochemie, der Zelle, des Zellaufbaus, vorbeigeht. Einer dieser Maßnahmen war die sogenannte Kolbe-Spritze 1976. Dort wurden von einem Enzymkomplex, der auf fünf Co-Faktoren angewiesen ist, zwei gespritzt, und dann wurde behauptet, man rudere schneller und man laufe schneller. Ich frage mich als Biochemiker, worin der Sinn einer gezielten Desinformation besteht, der doch nur darin liegen kann, eine medikamentöse Maßnahme zu propagieren. Ich sehe keinen Sinn darin, Substitution zu treiben, wo nichts zu substituieren ist. Denn wenn jemand substituiert, dann muß er erst einmal das Defizit feststellen. Und von Analytik und von der Feststellung von Normbereichen verstehe ich etwas, und das haben wir nachgewiesen. In weiten Bereichen wird von Substitution gesprochen, wo keine Substitution erforderlich ist. Das zum Problem der Substitution auch mit anabolen Hormonen.

Abg. Schmidt (Salzgitter) (SPD): Stimmen Sie aber nicht doch der Frage zu, die ich gestellt habe und die auch Herr Brauer offensichtlich gemeint hat, daß wir von Leuten wie Sie, die etwas davon verstehen und die mehr von diesen Analysen, von diesem Hinterfragen auf den Weg bringen können, zuwenig haben?

Dr. Donike: Ja, sicher, und das ist auch ein Ausbildungsprozeß, der stattfinden muß, und zwar an der Basis, von meinem Fach aus gesehen in der Biochemie. Ich kann nicht postulieren, daß ich dieses oder jene Medikament gebe, wenn ich nicht weiß, wie es in der Zelle auf molekularbiologische Weise wirkt, wo der Ansatzpunkt ist. Das ist ein Punkt, den ich als Biomechaniker zu bemängeln habe, nicht als Beauftragter für Dopinganalytik.

Zur Frage Hase und Igel und Abschreckung: Ich bin seinerzeit selber radgefahren, als bei wichtigen Anlässen 100 Prozent der Teilnehmer mit Amphetamin gedopt waren. Heute werden bei solchen Anlässen da, wo es um die Plätze geht, Dopingkontrollen durchgeführt. Der Prozentsatz von

Amphetamin im Radsport ist praktisch gleich null. In diesem Falle kann ich den Aussagen von Herrn Professor Keul zustimmen. Bezüglich der Stimulantien hat die Analytik eine Reduzierung der positiven Fälle bewirkt - in der Praxis gesehen gleich null. Sie hat jedoch bis heute bei der Verwendung von anabolen Steroiden, vor allen Dingen im Trainingsprozeß, nicht gegriffen. Warum? Weil dort die Kontrollen falsch angesetzt sind.

Und dann komme ich auf das Problem von Sebastian Coe. Ich kann natürlich, wenn der Fachverband zwar angekündigt Dopingkontrollen durchführt, als Analytiker im Labor immer nur das analysieren, was angeliefert wird. Bei der Auswahl fängt die Manipulation an, und im internationalen Bereich fängt da schon das Stichwort "Diskriminierung" zu greifen an. Die Medizinische Kommission des IOC hat sich vor Jahren schon langen Diskussionen ausgesetzt gesehen, wenn vor allen Dingen aus einigen erfolgreichen Ländern immer das Argument kam: Unsere Athleten müssen immer zur Dopingkontrolle. Das stimmt. Hinterher wurde die Regelung geschaffen, die ersten vier gehen automatisch, um dieser Diskussion, die auf der einen Seite den Vorwurf der Manipulation, auf der anderen Seite den der Diskriminierung mit sich bringt, aus dem Wege zu gehen. Das ist eine ganz logische Festlegung, obwohl ich als Wissenschaftler - ich habe das schon häufiger dargelegt -, ein solches Auswahlssystem nicht befürworte. Es zeigt nämlich indirekt, daß Doping wirksam ist, deshalb kontrolliert man die ersten vier. Sinnvoller wäre es, eine Probe statistisch über die Teilnehmer zu streuen und dann anhand von fünf oder zehn Prozent der gezogenen Proben eine Aussage zu machen, ob in dieser oder jener Sportart gedopt wird. Aber das ist eine Diskussion, die man hier nicht führen kann.

Zusammenfassend: Die Analytik und die Dopingkontrollen wirken in den Bereichen, in denen sie korrekt und sauber durchgeführt werden.

Abg. Brauer (GRÜNE): Und Sachen, die nicht nachweisbar sind, wo Sie also von der Analytik her ganz große Schwierigkeiten haben?

Dr. Donike: Ich muß sagen, daß die Analytik heute so vollkommen ist, daß wir doch mit 99,9prozentiger Nachweisbarkeit rechnen. Was im Moment nicht nachweisbar ist, sind die Stoffe, die auf dem Gebiet der Peptidhormone eingesetzt werden, wo es darum geht, Differenzen zu vorhandenen natürlichen Hormonen - menschliches Wachstumshormon beispielsweise - zu bestimmen. Dort ist wiederum die Frage zu klären, ob das überhaupt ein Dopingmittel ist. Es wird ja vielfach immer von Dopingmitteln gesprochen, und diese Substanzen oder Medikamente stehen auf keiner Liste. Doping ist ja ein beliebtes Schlagwort, und man stellt es in den Raum, ohne es genau zu definieren.

Herr Büchner, Sie sprachen auch kurz das Problem des Medikamentenpasses an. Für meine Begriffe muß gewährleistet sein, daß er korrekt ausgefüllt wird. Ohne daß eine Kontrolle dahintersteht, wie korrekt die Eintragungen sind, halte ich das nicht für sehr wirksam. Es wäre viel besser, wenn im Zuge der Betreuungsmaßnahmen empfohlene medikamentöse Maßnahmen im Spitzensport durchgesetzt werden könnten, Maßnahmen, die nach einem Katalog auch bei diesen und jenen Erkrankungen eine medikamentöse Behandlung gezielt durchführen ließen. Ich sehe in einem Medikamentenpaß nur als Alibifunktion keinen Sinn.

Vors. Tillmann: Herr Professor Liesen bitte noch zur Frage von Herrn Schmidt, die auch an Herrn Donike gerichtet war.

Dr. Liesen: Ich bin nicht der Meinung, daß wir noch mehr Dopinganalytiker in der Bundesrepublik benötigen als wir durch Herrn Donike haben, einem sicher weltweit anerkannten Analytiker. Die Problematik liegt irgendwo anders, nämlich wie die einzelnen Wirksubstanzen - Herr Donike sprach hier z. B. Dioktacid und Verulase, also Aktivatoren

im Stoffwechsel, praktisch Vitamine, an - im einzelnen System funktionieren. Dies herauszubekommen ist mehr eine Aufgabe sportmedizinischer Forschung. In diese Grundlagenforschung, die ja schon mehrfach gefordert worden ist - Wo haben wir Defizite? Wo ist hier durch Substitution von Defiziten die Erkrankung eines Sportlers zu verhindern und Leistungsstabilisierung und Entwicklung zu erhalten? -, muß viel mehr investiert werden, viel mehr gemacht werden. Die reine Analytik, z. B. im Bereich der Dopinganalytik, kostet schon Geld genug, fast soviel wie die gesamte sportmedizinische Forschung, und da muß für meine Begriffe eine Korrektur erfolgen in dem Sinne, daß wir mehr für die konstruktive sportmedizinische Entwicklung machen, für den Sportler. Das geht hin bis zum Breitensport, bis zum Sport treibenden Bürger. Das ist letztlich ganz entscheidend. Ich darf noch einmal wiederholen: Der Leistungssport hat hier eine Schrittmacherfunktion. Die Erkenntnisse, die wir aus dem Leistungssport gewinnen, sind doch die gewesen, die uns in den letzten 10, 20 Jahren im Breitensport weitergebracht haben. Nur daraus sind sie doch letztlich alle gekommen. Hier muß etwas gemacht werden, um die Humanität im Leistungssport wirklich umzusetzen. Ich sehe sie darin umgesetzt, daß wir ein Betreuungssystem sportmedizinischer Art haben, daß wir den Sport dann nicht allein lassen, so daß er zur Selbstmedikation praktisch gezwungen wird, um international noch erfolgreich zu sein, sondern daß wir ihn sportmedizinisch betreuen und so umfassend betreuen, daß er ohne Dopingmittel z. B. zurechtkommen kann und daß wir ihn zum internationalen Erfolg führen können, indem wir ihn individuell steuern und individuell beraten können. Das ist ein ganz entscheidender Gesichtspunkt.

Frau Dr. Berndt: Ich möchte zu zwei Fragen Stellung nehmen. Zunächst zum Gesundheitspaß: Es ist hier mehrfach vom mündigen Athleten gesprochen worden und vom ganzheitlich betreuten Athleten. Der Gesundheitspaß könnte eine Chance bieten, in dieser Hinsicht für den Athleten etwas zu tun. Ich glaube nicht, daß es ein gutes Argument ist, daß der

Athlet in entsprechenden Situationen seinen Paß vergessen hat. Derjenige, der wirklich an einer optimalen Betreuung interessiert ist und für seine Gesundheit und seinen Trainingsaufbau selbst etwas tut, wird im entscheidenden Moment den Paß nicht vergessen. Deshalb ist er in dieser Hinsicht eine besondere Chance.

Der zweite Punkt ist die sportmedizinische Betreuung, sind die fehlenden Sportmediziner. Das ist ein Problem, von dem zusätzlich Frauen in besonderer Weise betroffen sind. Es ist hier von hormoneller Regulation gesprochen worden und von vielen Defiziten, die in diesem Bereich bestehen. Zusätzlich bestehen Defizite für Frauen im gynäkologischen Bereich. Das hat sich bisher als eine ganz große Lücke erwiesen. Da gibt es noch wenige Möglichkeiten der Beratung.

Fallak: Es ist die Frage gestellt worden, wie sich die Verbände in bezug auf Dopingkontrollen verhalten. Das ist national und international außerordentlich unterschiedlich. Es gibt hierzulande und international Verbände, die das sehr systematisch betreiben, und es gibt welche, die sogar davon überzeugt sind, daß sie es gar nicht betreiben müßten. Der DSB hat keinen unmittelbaren Einfluß darauf. Wir haben unsere Grundsatzerklärung, die von allen Mitgliedern beschlossen worden ist in der Annahme und Erwartung, daß dieses Problem von allen Verbänden ernstgenommen wird. Hier ist die Frage gestellt worden, ob es Mauseheleien gäbe zwischen den Verbänden. Mir ist das nicht bekannt, aber sollte das wirklich der Fall sein, dann müßte man Roß und Reiter nennen. Hier ist in der Fragestellung ja auch darauf hingewiesen worden, daß der DLV angeblich empfiehlt, Dopingmittel einzunehmen, oder zumindest davon weiß, daß Dopingmittel eingenommen werden, und diesen Vorgang duldet. Es gibt eine ganz klare Beschlußlage des DLV, die besagt, daß er sich mit allen Mitteln, und zwar auch mit rechtlichen Mitteln, gegen Dopingmißbrauch zur Wehr setzen will. Der DLV ist der Sache inzwischen nachgegangen - das darf ich noch hinzufügen - und hat bisher keine schlüssige Antwort darauf

bekommen, wie die Vorwürfe etwa begründet oder erhärtet werden könnten. Ich darf das für den DLV hier sagen.

Dann komme ich zu der Frage Sportmedizin und sportmedizinische Ausbildung. Das ist ein Juckepunkt, der den Deutschen Sportbund seit vielen Jahren beschäftigt. Es gibt nicht nur Interventionen und Vorschläge und Vorstellungen gegenüber der Medizin, sondern vor allen Dingen auch gegenüber den Gesundheitspolitikern. Willi Weyer hat sich als DSB-Präsident in dieser Sache außerordentlich stark engagiert. Zuständig sind die Gesundheitsminister der Länder bis hin zu den Wissenschafts- oder Kultusministern. Wir haben uns dort mit unseren Vorschlägen und Vorstellungen genausowenig durchsetzen können wie gegenüber den Dekanen der Humanmedizin. Wir stehen hier in einer schrecklichen Ecke, und einer der Hauptgründe, die vorgetragen werden, ist der, daß die Humanmedizin immer mehr Anforderungen in der Ausbildung habe, daß sie immer stärker ausdifferenziert werde und daß man sie deshalb nicht noch zusätzlich mit der Sportmedizin befrachten könne. Das heißt also, wir müssen uns hier weiter bemühen. Es nützt auch nicht allzuviel - das sage ich jetzt auch einmal den Sportmedizinern hier und auch dem Präsidenten des Deutschen Sportärztebundes -, wenn Fortbildungsangebote gemacht werden und dann die Zusatzbezeichnung "Arzt für Sportmedizin" zugelassen wird. Das sind zwar begrüßenswerte Fortbildungsmaßnahmen, aber es sind keine qualifizierten Weiterbildungsmaßnahmen, die tatsächlich zum Sportmediziner oder zum Sportarzt hinführen. Das müßte auch innerhalb des Deutschen Sportärzteverbandes noch einmal geprüft werden.

Es war die Frage nach der Abschaffung der sportmedizinischen Betreuung für Kinder und Jugendliche in Niedersachsen gestellt worden: Man kann eigentlich gar nicht glauben, was dort passiert. Die Deutsche Sportjugend und das Präsidium des Deutschen Sportbundes sind gerade dabei, ein Konzept zu entwickeln, wie wirklich flächendeckend sportmedizinische Betreuung und Untersuchung und Beratung vor allen Dingen für alle Kinder und Jugendliche angeboten werden kann. Wir wissen, daß das eine außerordentliche

Verstöße gegen diese Grundsatzerklärung einschließlich der Dopingfrage mit fristloser Entlassung geahndet werden. Das ist allen entsprechend bekannt, lassen Sie mich das hier nur einmal in seiner Klarheit darstellen.

Der nächste Punkt ist, daß in den Trainerseminaren, die ja gerade auch aus den Projektmitteln des Bundesministerium des Innern mit durchgeführt werden, selbstverständlich die Fragen der Aufklärung über den Dopingprozeß, der verbotenen Mittel usw. dargelegt und erweitert werden. Vom 17. bis 19. September dieses Jahres in Augsburg sind die Bundestrainer auch über die Maßnahmen der Regeneration, einem außerordentlich wichtigen Vorgang, aufgeklärt bzw. nochmals weitergebildet worden - Regeneration nicht in Form eines Regenerationsurlaubs, sondern der Regeneration während der Wettkämpfe und Turniere; das ist eine außerordentlich wichtige Sache. Dabei sind auch die Fragen und Praktiken angesprochen worden, die unablässig sind und denen ich hier auch das Wort reden möchte. Ich verweise unter anderem nur auf das Beispiel, das Emil Beck eben für seine Fechter gebracht hat. Für andere Sportarten läßt sich das weiterführen, insbesondere dann, wenn es sich nicht um einen Wettkampf handelt, sondern um ein Turnier einer Mannschaft mit zehn bis elf Spielen oder um Wettkämpfe mit 128er und 256er Feldern, die sich über Tage hinziehen. Hier ist es absolut sicher, daß die Fragen der Substitution und - lassen Sie mich das etwas anders sagen - des Kräfteaufbaus und des Mangelersatzes mit eingearbeitet sind. Das ist eine Dringlichkeit, die absolut gegeben ist und über die gesprochen wird. Das gehört ganz aktiv zur Regeneration und ist auch auf unsere Fahnen geschrieben und wird auch so vertreten. Wir sind gerade den Herren der Sportwissenschaft und der -medizin außerordentlich dankbar, daß sie uns auf diesem Gebiet helfen und uns entsprechend unterweisen, so daß das in den Regeln geschieht, die wir auch den Athleten, uns und Ihnen gegenüber verantworten können.

Nun zum letzten: Sie haben den lauten Hilferuf der Mediziner und insbesondere von Herrn Professor Liesen hier gehört, den

ich unterstützen möchte. Wir haben Ihnen des öfteren gesagt, daß die sportmedizinischen Untersuchungen allein nicht ausreichen und daß es auch nicht ausreicht - so dankenswert es ist, daß wir das bisher haben vornehmen können -, daß die sportmedizinische Betreuung bei allen zentralen Maßnahmen, egal ob es sich um Olympische Spiele, Weltmeisterschaften, Europameisterschaften oder um zentrale Lehrgänge handelt, die zur Vorbereitung dienen, gewährleistet ist. Die medizinische Betreuung muß auch vor Ort geregelt werden. Darum unser Hilfeschrei nach den Olympiastützpunkten. Und ein besseres Plädoyer für die Olympiastützpunkte als die heutige Diskussion kann es überhaupt nicht geben. Ich bedaure sehr, daß wir unserem Konzept für die Olympiastützpunkte nicht diese heutige Diskussion haben voranschicken können. Wir sind Ihnen außerordentlich dankbar, daß Sie uns auf diesem Weg, auch in bezug auf die medizinische Unterweisung und Betreuung in diesen Olympiastützpunkten, immer geholfen haben.

Nur noch ein Wort zur Praxis: Natürlich können wir nicht auf den Knopf drücken, und es kommen plötzlich 50 hervorragende Sportmediziner zu uns - Mediziner, die nicht nur ihr Examen an der Universität abgelegt haben, sondern die im Leistungssport zu Hause sind und die auch schon im Hochleistungssport gearbeitet haben. Diese Voraussetzung brauchen wir. Und diese Mediziner fehlen noch. Wir haben schon viele in der Bundesrepublik, aber - Herr Professor Liesen hat es ebenfalls gesagt - sie sind meistens ortsfremd angestellt. Sie sind an Kliniken oder sonstwo angestellt und arbeiten nebenamtlich für uns. Die Olympiastützpunkte bieten die erste Hilfe, diese Nebenamtlichkeit aufzulösen und sie ganz für uns zu gewinnen, vorausgesetzt, daß wir das stellenmäßig entsprechend festlegen können. Ich bin außerordentlich optimistisch, mit Ihrem Eintreten und mit Ihrer Hilfe und sicher auch mit Hilfe des Herrn Bundesinnenministers, der Länder und Kommunen mit in Zugzwang gesetzt hat, hier den entscheidenden Schritt gehen zu können. Nur dürfen wir nicht den verkehrten Weg gehen und sagen: Wir haben diese Mediziner von der Ausbildungsordnung her ja noch

gar nicht, also können wir es auch nicht machen. Wir müssen einen Anreiz erstens für diejenigen bieten, die sich stellenmäßig lösen können und uns dann zur Verfügung stehen, und zweitens für alle diejenigen Mediziner, die diesen Weg ganz gerne gehen möchten, im Moment aber noch zweifeln, weil sie keine Realisierungschance in ihrem Berufsweg sehen. Genau das ist der Grund für die Olympiastützpunkte, und mit dieser Bitte möchte ich heute erneut an Sie herantreten. Es ist der richtige Weg, allmählich zum Ziel zu kommen - sagen wir bis 1990, aber nicht zum 1. November 1987, das kann nicht sein. Damit möchte ich schließen.

Vors. Tillmann: Wir haben noch zwei Wortmeldungen. Ich denke, daß wir dann diesen Komplex abschließen sollten. Wir sind nicht so vermessen zu glauben, daß wir mit der heutigen Anhörung diesen Expertenstreit schlichten oder das Problem begraben könnten. Wir haben vielleicht ein bißchen weitergeholfen, wenn wir das, was wir heute gehört haben, auswerten werden.

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Ich möchte noch eine Frage an die Mediziner stellen, und zwar zum Problem Sportler, Hausarzt, Sportmedizin und Doping. Ich möchte das Dopingproblem nicht verniedlichen, aber auf der anderen Seite muß man ja sehen, daß bei fieberhaften Infekten und Erkältungskrankheiten vom Hausarzt Mittel verabreicht werden, die zum größten Teil auf der Dopingliste der verbotenen Substanzen stehen. Wie steht es mit der Zusammenarbeit von Hausarzt und Sportmedizin? Wie kann der Hausarzt die Information bekommen, nicht solche Dinge zu verabreichen, die nachher auf der Dopingliste stehen? Wer ist hier gefragt? Muß hier die Ärztekammer tätig werden, oder müssen die Vereine praktisch die Hausärzte aufklären? Muß es der DSB übernehmen, eine solche Richtlinie an die Hausärzte herauszugeben? Mancher Athlet kommt ja praktisch durch eine solche Sache sehr schnell in die Dopinggeschichte hinein.

Abg. Brauer (GRÜNE): Ich muß sagen, daß wir, besonders zum Ende der Diskussion, von der eigentlichen Überschrift etwas weggekommen sind. Dort steht nämlich in Klammer dahinter "Doping". Das beschreibt eigentlich sehr gut, in welcher Richtung wir diskutieren wollten. Es ging nicht um die Olympiastützpunktförderung oder um die Approbation von Ärzten.

(Abg. Clemens (CDU/CSU): Um die medizinische Betreuung ging es aber!)

Wenn hinter der Überschrift in Klammern nur ein einziger Begriff steht, dann charakterisiert dieser Begriff alles das besser, was da vorher steht. Es geht eigentlich auch nicht so sehr darum, Stellen und Gelder lockerzumachen, wovon Herr Meyer eben gesprochen hatte, sondern es geht im Kern eigentlich um die pharmakologische Behandlung zur Leistungssteigerung über die natürlichen menschlichen Grenzen hinweg. Man kann hier auch ganz einfach das Wort Manipulation benutzen. Ich darf zum Ausgangspunkt des heutigen Morgens zurückkommen und die Frage stellen, ob die Leistungen nicht in einigen Bereichen heute nur noch möglich sind durch eine solche pharmakologische Manipulation.

Beim Beitrag von Frau Dr. Berndt hatte ich den Eindruck, daß die sportwissenschaftliche Forschung eine Forschung eigentlich an Männern ist und typische Bewegungsbelange und typische Aspekte der Frauen vernachlässigt werden. Hier scheint es mir so zu sein, daß die Erfahrungen von Männern auf Frauen übertragen werden. Dazu müßten Sie aber noch etwas mehr sagen, das war nur so mein Eindruck.

Vors. Tillmann: Herr Kollege Brauer, es ist nicht meine Aufgabe, Mitglieder dieses Ausschusses kritisch anzusprechen. Aber ich darf doch anmerken, daß der Vorsitzende anderer Auffassung ist als Sie, was die Frage angeht, ob wir bei diesem dritten Komplex das Thema verfehlt haben oder nicht. Wir haben ja eben schon einmal diskutiert, ob eine vernünftige Prophylaxe und sportmedizinische Behandlung von Sportlern auch unter Umständen ein Mittel gegen den

Mißbrauch der Medizin sein kann. Insofern finde ich schon, daß wir das hier richtig gemacht haben.

Dr. Donike: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, zu Ihrer Frage nach dem Hausarzt: Es ist sicher ein Problem, wenn banale Infekte behandelt werden. Für mich stellt sich die Frage, ob der Hausarzt mit der Verordnung von ephedrinhaltigen Präparaten auf der Höhe der Zeit ist und die richtigen Präparate verordnet. Wenn es sich um einen Sportler handelt, dann gibt es bei Husten, Schnupfen und dgl. genügend Mittel, die kein Ephedrin enthalten. Es müssen also nicht unbedingt ephedrinhaltige Mittel verabreicht werden. Was auf der anderen Seite die Information angeht, so besteht natürlich bezüglich Hausarzt eine Lücke, die jedoch nach meiner Auffassung nicht im Bereich des Spitzensportes existieren dürfte. Im Auftrag des Bundesinstituts für Sportwissenschaft gebe ich alle drei oder vier Jahre eine sehr umfangreiche Broschüre heraus, die die heute aktuellen Mittel aufzählt, auch die ephedrinhaltigen. Sie ist weitgehend sehr verbreitet. Es gibt auch Hausärzte, die sporadisch anrufen, falls solche Patienten bei Ihnen auftauchen. Für größer halte ich das Problem Ephedrin bei Leistungssportlern der unteren Kategorie als im Hochleistungssport. Häufig wird das Ephedrinproblem hochgespielt, weil es jeder versteht. Aber im Grunde genommen halte ich das für eine Alibifunktion, um etwas Stimmung gegen Dopingkontrollen zu machen.

Gegen eine quantitative Bestimmung, die Professor Keul anregte und die einer Beurteilung zugrunde liegen sollte, ist im Grunde genommen nichts einzuwenden. Nur, bei Dopingkontrollen haben wir einen Meßpunkt zur Verfügung, eine Urinabgabe zwei oder drei Stunden nach dem Wettkampf. Und aus einem Meßpunkt kann kein Pharmokinetiker zurückschließen, wann wieviel einer Droge genommen wurde. Das ist vergleichbar mit Blutalkoholproben, die vor Jahren zweigeteilt entnommen wurden, wenn jemand behauptete, er hätte zwischen Unfall und Aufgreifen noch einen Schluck Alkohol getrunken. Das ist also praktisch unmöglich. Man muß schon

ein Ja-Nein-System akzeptieren, auch wenn es dort einen Bereich gibt, der dem Athleten vielleicht nicht immer gerecht wird. Ich kann aber hinzufügen, daß einige internationale Verbände diesen Athleten gerecht geworden sind, beispielsweise ist in der Leichtathletik in den letzten drei, vier Jahren lange und breit darüber diskutiert worden, ob ein Spiegel von 4 oder 6 ppm im Urin an Ephedrin oder Norephedrin noch tolerierbar ist oder nicht. Dort ist niemand zwei Jahre wegen einer Spur Ephedrin verknackt worden. Das stimmt nicht.

Dr. Liesen: Bei der Problematik des Hausarztes ist es sicherlich so, daß man hier zu einer quantitativen Bestimmung und zu einer Entscheidung kommen muß, ob Spuren von Ephedrin als positiv zu bewerten sind oder nicht. Für mich ist das schon fast lächerlich, denn für mich hat das überhaupt nichts mit Doping zu tun, das hat überhaupt nichts mit Leistungsbeeinflussung oder Manipulation zu tun. Es muß einfach möglich sein, daß man mit den heute üblichen medizinischen Behandlungsmethoden eines niedergelassenen Arztes auch noch einen Sportler behandeln darf, denn das stellt keine Gefahr für seine sportliche Karriere oder seine sportliche Leistung und Belastbarkeit dar. Es gibt sicher sportmedizinisch andere Möglichkeiten, die weit darüber hinausgehen, den Sportler mit wesentlich sinnvolleren, vielleicht "gesünderen" Medikamenten zu behandeln, aber das ist vielen niedergelassenen Ärzten einfach nicht bekannt, weil sie nicht wissen, daß z. B. Immunstimulantien in Verbindung mit bestimmten Vitaminen eine wesentlich größere Wirkung und andere Wirkung bei einem Hochleistungssportler haben als z. B. bei einem normalen Patienten, weil er ein wesentlich reagibleres System, z. B. ein reagibleres Immunsystem, hat und man Rieseneffekte, die heute von der Schulmedizin noch gar nicht anerkannt werden, einfach mit homöopathischen Substanzen erzielen kann. Deshalb ist eigentlich die Betreuung im Hochleistungssport, auch die pharmakologische Betreuung, viel gesünder, als das bei der Normalbevölkerung der Fall ist. Das muß man sich auch einmal hinter die Ohren schreiben.

schreiben. Das wird nämlich meistens so gesehen, daß wir im Leistungssport Pharmaka von irgendwelchen chemischen Substanzen verabreichen. Das stimmt doch überhaupt nicht. Es werden in aller Regel praktisch überhaupt keine in dieser Richtung gegeben, um die Leute gesund zu halten, sondern man bezieht sich heute fast ausschließlich auf homöopathische Substanzen, weil die Sportler, die im Training vernünftig aufgebaut sind, viel stärkere Antworten in ihrem Immunsystem, in ihrem körperlichen Abwehrsystem, auf z. B. homöopathische und Naturprodukte haben, als das vielleicht ein normaler Mensch hat. Auch hier hat der Leistungssportler eine Vorreiterfunktion für die gesamte Medizin. Das darf man nicht vergessen, das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Eine der zuletzt gestellten Fragen ist überhaupt nicht beantwortet worden, da muß ich Ihnen recht geben, ich habe Sie aber in meinen Thesen beantwortet. Sie sagten, in einigen Disziplinen sei sicherlich ohne anabole Steroide keine internationale Spitzenleistung zu erreichen. Das muß man sicherlich nach heutiger Kenntnis zugestehen, das ist bekannt. Über diese Problematik müßte man noch einmal gesondert reden, das kann man hier sicherlich nicht diskutieren.

Vors. Tillmann: Damit wäre der dritte Komplex abgeschlossen. Frau Dr. Berndt, Frau Schüller, meine Herren, herzlichen Dank, daß Sie uns in diesem Punkt zur Verfügung gestanden haben. Ich rufe jetzt den vierten Komplex, Kinder im Leistungssport, auf.

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Hollmann zur Heraufsetzung des Mindestalters für die Teilnahme an internationalen Wettkämpfen. Das ist eine Sache, bei der wir sicher alle der gleichen Meinung sind. Mich würde das einmal konkret interessieren: Wie könnte das mit der Altersangabe aussehen? Ist sie in den einzelnen Sportarten verschieden? Wo kann es früher

beginnen, wo später? Hier müßten wir schon noch etwas konkreter hören, was Sie dazu meinen.

Herr Prof. Keul, der leider nicht mehr da ist, hat uns geschrieben, daß die Kinder im Hochleistungssport bei uns nicht unter einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle stehen würden. Das wirft ja Fragen auf: Wie sieht es z. B. in Frankfurt beim Deutschen Turnzentrum aus? Werden diese Kinder dort nicht regelmäßig ärztlich kontrolliert? Wenn das der Fall wäre, wäre das skandalös.

Abg. Schmidt (Salzgitter) (SPD): Ich will an die Probleme, die mit den Verbänden hinsichtlich der Altersgrenzen zusammenhängen, auch anknüpfen. Ich habe selbst einige dieser Diskussionen miterlebt, weiß auch, wie schwierig das insbesondere im internationalen Bereich zu regeln ist. Ich will nur eine Äußerung aus dem Schwimmerlager weitergeben, um das etwas zu unterstreichen. Die Amerikaner sind strikt der Auffassung, daß es zur Freiheit der persönlichen Entfaltung zählt, wenn man sich schon mit möglicherweise sechs oder sieben oder acht Jahren dem Hochleistungssport im Schwimmbereich zuwendet. Dies ist also der Ausdruck von Freiheit der Person. Daß dies nun nicht mehr so laufen kann und soll, ist offensichtlich mittlerweile bekannt, aber dennoch wird im internationalen Geschäft eine solche Durchsetzung wohl nach wie vor sehr, sehr schwierig sein. Frage deshalb insbesondere an die Sportvertreter: Kann man denn nicht durch eigene Enthaltensamkeit in diesem Bereich, durch das Einziehen eigener Altersgrenzen, ein gutes Beispiel auch für andere internationale Verbände liefern, gewissermaßen also dort einen Teilboykott stattfinden lassen? Sieht man dies als realistisch an oder nicht?

An die Ärzte möchte ich noch einmal die Frage richten: Ist denn das, was eigentlich immer etwas im Mittelpunkt steht, nämlich insbesondere die Frage der körperlichen Unversehrtheit beim Hochleistungssport im Kindesbereich, nicht eine sehr einseitige Betrachtung, muß nicht auch die psychische Belastung von Kindern gerade in diesem Fall

hinzukommen? Welche Auswirkungen hat dies? Welche Möglichkeiten sehen Sie, hiergegen anzugehen?

Abg. Fischer (Hamburg) (CDU/CSU): Ich möchte anknüpfen an die Ausführungen von Herrn Professor Keul zum letzten Fragenkomplex und an Herrn Professor Kindermann, aber auch an Herrn Dr. Montag und Herrn Zacharias die Frage richten: Ist es zutreffend, daß aus dem Hochleistungssport gesundheitliche Folgeschäden mit Langzeitwirkung bisher nicht festgestellt werden konnten? Wie sind dann die in der Öffentlichkeit festgestellten Fälle zu bewerten, daß etwa eine junge Turnerin oder eine Eiskunstläuferin wegen gravierender Rückgratprobleme oder anderer Dinge ihre Karriere habe abbrechen müssen? Sind dies jeweils Fälle gewesen, wo man so frühzeitig abgebrochen hat, daß gesundheitliche Folgeschäden mit Langzeitwirkung vermieden werden konnten? Oder wäre durch solche Feststellungen die Aussage von Herrn Professor Keul zu relativieren?

Herr Kollege Sauer hat hier die medizinische Betreuung von Kindern im Hochleistungssport angesprochen, offensichtlich im Kaderbereich. Es stellt sich natürlich auch die Frage, wie es mit der medizinischen Betreuung und Kontrolle von Kindern im Leistungssport unterhalb der Ebene der Leistungskader aussieht. Ist dort sozusagen gar nichts oder ist dort die jährliche punktuelle Kontrolle einer sportmedizinischen Untersuchung?

An Prof. Bärsch die Frage: Hier ist der Grundsatz postuliert worden, der Athlet sei in allererster Linie, auch in den ethischen Fragen, für sich selbst verantwortlich. Fälle, wo einem Athleten gegen seinen Willen und gegen seinen Widerspruch etwas verabreicht worden ist, könnten nicht festgestellt werden. Diese Problematik stellt sich natürlich bei Kindern im Hochleistungssport völlig anders dar. Sehen Sie dort Probleme, daß ein Kind insoweit noch nicht Verantwortung voll für sich selbst tragen kann? Wie ist die Rolle der Eltern zu bewerten? Was müßte getan werden, um auch in dem Bereich die "Autonomie des Menschen",

der betroffen ist, der im Mittelpunkt steht, zur Geltung zu bringen?

Abg. Brauer (GRÜNE): Geht der Sport in seiner Planung und in seiner Organisation von dem Kinde und seinen Entwicklungsbedürfnissen aus? Oder ist der Ausgangspunkt die sportliche Leistung, der sportliche Erfolg in der Langzeitplanung? Das ist also die Frage nach dem Ganzheitlichen, gerade im Alter des Kindes.

Die zweite Frage schließt sich unmittelbar daran an: Liegt es im Interesse des Deutschen Sportbundes und seiner Fachverbände, bereits bei Kindern auf Höchstleistung in speziellen Sparten auszubilden und zu entwickeln?

Eine etwas provokante Frage, von der ich aber meine, daß sie so richtig gestellt ist, ist die, ob der heutige Kinderhöchstleistungssport, z. B. im Schwimmen oder Turnen, nicht in seiner Erscheinungsform mit der Kinderarbeit aus der Jahrhundertwende zu vergleichen ist.

Abg. Büchner (Speyer) (SPD): Ich wollte nur kurz die Frage anfügen: Wie realistisch sind denn eigentlich Altersbegrenzungen? Die Forderung nach diesen Altersbegrenzungen wird ja immer wieder gestellt und auch durch die Verbände erfüllt. Wenn uns Herr Eicke und auch Herr Lohre heute morgen sagten, daß eine Leistungssportentwicklung zwischen 10 und 15 Jahren dauert, dann muß sie doch wesentlich vor den Altersbegrenzungen beginnen, die dann ab einem gewissen Alter gestatten, daß die Sportler bei nationalen und internationalen Meisterschaften und Leistungsvergleichen eingesetzt werden. Mich interessiert der Vorlauf und inwieweit diese Altersbegrenzungen ein Schutz sind, diesen Vorlauf zu verkürzen. Spielen diese Altersbegrenzungen in diesem Zusammenhang überhaupt eine Rolle? Ich stelle diese Frage auch an den Kinderschutzbund.

Vors. Tillmann: Herr Professor Hollmann, ich gehe einmal davon aus, daß Sie damit einverstanden sind, daß zunächst die Experten hier am Tisch die Frage nach der

Altersbegrenzung beantworten. Wenn Sie dann anderer Meinung sein sollten, als sie hier geäußert wurde, dann melden Sie sich bitte, damit Sie das ergänzen können. Im übrigen hat auch Herr Kollege Clemens schon zu Beginn heute morgen diese Frage nach der Altersbegrenzung gestellt.

(Abg. Clemens (CDU/CSU): Wo sie praktiziert wird!)

- Es stellt sich nicht nur die Frage, was wünschenswert wäre, sondern wo es diese Altersbegrenzung im internationalen oder nationalen Sport schon gibt. Was kann realistisch umgesetzt werden?

Dr. Bärsch: Das Thema der Altersbegrenzung darf nicht nur einseitig von entwicklungspsychologischen und organpsychologischen Sachverhalten her definiert werden. Die Art und Weise, wie Kinder beansprucht werden, ist auch mitzudefinieren von ihrer biographischen Situation her. Von daher gesehen, ist es z. B. - unabhängig von den entwicklungspsychologischen und sonstigen Entwicklungen - nicht zu verantworten, daß man die Kinder in den Höchstleistungsbereich schon vor Abschluß der normalen Schulzeit hineinbringt. Das wäre also eine Mindestalterbegrenzung auf 16 Jahre. Ich persönlich bin der Meinung, daß man hier noch rigorosere sein sollte. Man sollte mit Rücksicht auf die biographische Situation des Kindes den Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr tatsächlich nicht in den Höchstleistungsbereich hineinbringen. Ich betone "in den Höchstleistungsbereich", mir geht es nicht darum zu sagen: in den Leistungsbereich des Sports. Das ist eine ganz andere Frage. Aber in dem Augenblick, wo ich das Kind im Höchstleistungsbereich einsetze, wird man genötigt, dem Kind eine zeitliche Belastung aufzuerlegen, von der her allein die schulische Ausbildung nicht mehr in dem Maße durchgeführt werden kann, wie das nötig ist. Dies gilt vielleicht nicht für den auch intellektuell hochbegabten Sportler, den es ja wider alle Meinung im Volke tatsächlich gibt, sondern dies gilt für den Durchschnittsmenschen, der in der Tat nicht mit der linken Hand seine schulische Ausbildung durchführt. Ich sage zunächst einmal zur Altersbegrenzung: Unterhalb des

16. Lebensjahres sollte man überhaupt nicht daran denken, es wäre für mich optimal, die Sache bis zum 18. Lebensjahr auszudehnen. Dies bezieht sich auf die Teilnahme an Weltmeisterschaften, an Europameisterschaften, an Deutschen Meisterschaften. Dies bezieht sich nicht auf Wettkämpfe im Regionalbereich oder innerhalb des Vereins. Das ist eine ganz andere Geschichte. Hier können Kinder in jeweils spezifischer Weise mitbeteiligt werden.

Ich bin auch mitbeteiligt gewesen bei der Entstehung der Erklärung zum "Kind im Leistungssport" im Jahre 1983. Da hatten wir im ersten Entwurf tatsächlich Altersbeschränkungen drin. Und diese Altersbeschränkungen sind dann im internen Verfahren innerhalb der Sportverbände alle herausgekommen, so daß also dort nichts mehr drinsteht. Da haben wohl aus gutem Grund einige Verbände stark dagegegenthalten und erklärt: Wie sollen wir dann den Leistungsanspruch der Welt gegenüber vertreten, wenn wir nicht mehr auf die Kinder zurückgreifen können?

Dr. Kindermann: Eine Altersbegrenzung auf 16 Jahre wäre auch medizinisch machbar und entspricht zumindest meinen Vorstellungen und, wie ich glaube, auch den Vorstellungen der übrigen Sportmediziner. Eine Begrenzung auf 18 Jahre, was ebenfalls hier diskutiert wurde, ist sicherlich unrealistisch und läßt sich nicht durchsetzen. Man muß auch sehen, inwieweit so etwas praktikabel ist. Allein bei der Durchsetzung von 16 Jahren fehlt mir doch der Glaube, denn die Forderung der Heraufsetzung des Mindestalters bei Kindern bzw. Jugendlichen ist eine Uraltforderung der Sportmedizin. Sie steht bis heute noch im Raum, und es hat sich wenig getan.

Mir ist diesbezüglich ein prägnantes Beispiel in Erinnerung, das auch die Frage nach dem Vorlauf von Herrn Bückner betrifft. 1983 wurde ein 15jähriger im Gewichtheben Weltmeister. Das muß man sich einmal überlegen: 15 Jahre! Wenn man den Vorlauf betrachtet, muß man davon ausgehen, daß er als Zehn-, Elfjähriger schon ein erhebliches Leistungstraining durchgeführt hat - bei einer motorischen

Beanspruchungsform, von der man weiß, daß hier das Kind besonders empfindlich reagieren kann. Wenn man so etwas hört, so spricht das gegen jede medizinische Vernunft und trägt dazu bei, den Leistungssport im Kindesalter in Mißkredit zu bringen. Für mich ist es sowieso schwer vorstellbar, daß ein 15jähriger ohne pharmakologische Hilfe Weltmeister werden kann. Wenn man das noch hinzudenkt - ich kann das nicht behaupten, weil ich es nicht weiß, weil ich es nicht belegen kann -, dann wäre das Ganze schon als kriminell anzusprechen.

Dr. Frohberger: Ich möchte mich erst einmal für die Einladung als Verbandsarzt des DVV bedanken. Meinen Schwerpunkt in Absprache mit Prof. Kindermann möchte ich jedoch auf den orthopädischen Bereich legen. Ich glaube, ich bin der der einzige sportorthopädisch Tätige, der heute eingeladen war - was vielleicht zu denken geben sollte.

Die Belastbarkeit von Kindern und Jugendlichen ist abhängig von der biologischen Reife. Es gibt einen Unterschied in der biologischen Reife zwischen chronologisch gleichalten Kindern in dem hier angesprochenen Alter von vier, fünf, sechs Jahren. Es ist nicht so, daß wir Zwölfjährige gleichsetzen können, es ist nicht so, daß 16jährige gleich entwickelt sind. Das heißt, es fällt schwer, einen festen Zeitpunkt festzulegen, ab dem Sport möglich ist, ab dem Leistungssport möglich ist. Es ist also notwendig zu bestimmen: Wie reif ist das Kind? Wie ist die koordinative Ausbildung? Die körperliche Ausbildung? Die sexuelle Ausbildung? Daran kann man nachher ableiten, wie belastbar das Kind ist - körperlich, koordinativ und psychisch. Das sollte nach meiner Meinung unbedingt berücksichtigt werden.

Es gibt eine Reihe von Querschnittuntersuchungen bei Schulkindern, bei Sportlern, wobei festgestellt werden mußte, daß ein sehr hoher Prozentsatz dieser Kinder Haltungsschwächen und Haltungsschäden aufweist. Haltungsschwächen sind die günstigere Form einer Fehlhaltung, d. h. es sind Kinder mit einem Hohlrundrücken, einem Rundrücken, der, bedingt durch die entsprechende Entwicklungsphase oder

durch die noch schwache Muskulatur, voll ausgleichbar ist. Dann gibt es Kinder mit Haltungsschäden. Sie haben einen sogenannten fixierten Rundrücken, der nicht mehr ausgleichbar ist. Sie haben eine Skoliose, die fixiert sein mag und dann nicht mehr ausgleichbar ist. Es gibt auch Skoliosen, die den Haltungsschwächen zuzuordnen sind, sie sind ausgleichbar. Das ist bei der Bewertung, ob ein Kind für eine bestimmte sportliche Belastungsform tauglich ist, sehr genau zu differenzieren und zu erfassen.

Grundsätzlich ist es so, daß bei Kindern die Qualität des Knochens und der Muskulatur sehr unterschiedlich in Abhängigkeit von ihrer aktuellen Entwicklung gegeben ist. Gesunde Kinder - mit guter, normaler Haltung - haben die Schwachstellen Wachstumsfugen, Epiphysenfugen. Das sind Fugen, das sind Gewebereiche im Knochen, die sehr verletzlich sind, die durch Überlastung so verletzt werden können, daß anschließend dieser Knochen seine vorbestimmte Länge nicht erreichen wird. Dieses Kind wird eine erhebliche Beinverkürzung bekommen, eine Armverkürzung - je nachdem, wo eine Epiphysenfugenverletzung auftrat -, und das passiert bei einem Mißverhältnis zwischen Belastung, der das Kind ausgesetzt wurde, und Belastbarkeit im aktuellen biologischen Alter.

Grundsätzlich ist es so, daß bei Kindern im Grundschulalter sehr schnell durch ein gezieltes Training ein Trainingserfolg nachgewiesen werden kann und damit Trainer, Eltern und Kinder sehr schnell zufriedengestellt werden können. Dieses ist nicht unbedingt direkte Folge des guten Trainers, sondern häufig Folge, daß diese Kinder eine besonders gute Auffassungsgabe bezüglich bestimmter Bewegungsabläufe haben, daß sie sehr schnell ein Niveau erreichen können, das später aber von anderen kontinuierlich trainierenden Kindern auch erreicht werden kann. Die Frage ist dabei, ob man durch ein frühzeitiges, sportartspezifisches Training wirklich eine Verbesserung der allgemeinen Koordination des Kindes erreichen kann. Ein Kind, das einmal ein guter Leistungssportler werden soll - ein Kind soll kein Leistungssportler sein -, sollte als Basis, als Ausbildungs-

ziel eine gute motorische koordinative Funktion seines Körpers haben. Das erreichen wir durch eine gute allgemeine Koordination. Und das erreichen wir meiner Meinung nach nicht, daß frühzeitig sportartspezifisch bestimmte Bewegungsabläufe in ihrer Feinstform perfektioniert werden, sondern daß man eine gute Allgemeinkoordination aufbaut und damit ermöglicht, daß die Agonisten entsprechend den Antagonisten - Beuger, Strecker - ausgeprägt werden, daß also die Muskulatur zueinander ein harmonisches Verhältnis bekommt. Das bekommen wir nur durch eine sehr vielseitige körperliche Ausbildung, und das geht nur durch Training. Das geht nicht durch Abwarten, indem man Kinder schont oder indem man Kinder vom Sport fernhält. Sport ist sicher, richtig dosiert, eine hervorragende Form, die Entwicklung des Körpers physisch und psychisch zu fördern.

Angesprochen habe ich vorhin Querschnittuntersuchungen, Untersuchungen bestimmter Gruppen, Schulkinder, bestimmte Sportlergruppen. Was wissenschaftlich fehlt, sind Längsschnittuntersuchungen. Es gibt keine ernsthafte wissenschaftliche Längsschnittuntersuchung, die neben der Kondition und der absoluten Leistungsfähigkeit auch die Innovationskoordination erfassen kann. Nur nach solchen Untersuchungen wird es in Zukunft möglich sein, Aussagen zur richtigen Trainingsform, zur richtigen Trainingsintensität, zur richtigen Trainingsdauer und zum richtigen Trainingszeitpunkt zu machen - und das auf orthopädischem Gebiet, d. h. beim Haltungs- und Bewegungsapparat. Wir haben bisher keine wissenschaftlich ernstzunehmende Untersuchungen über die Folgen oder Schäden - günstig oder ungünstig - von Breitensport, von Leistungssport in Abhängigkeit vom Alter. Diese Untersuchungen gibt es auf orthopädischem Gebiet noch nicht, und es ist hohe Zeit, daß in der Richtung gearbeitet wird.

Grundsätzlich sind nach meiner Überzeugung mehrere Punkte in Zukunft anzustreben, um die jetzige, sehr ungünstige Situation zu verbessern. In der Schule sollten, bevor Kinder zum Sport oder sogenannten Leistungssport herangezogen werden, gute, qualifizierte schulärztliche

Untersuchungen durchgeführt werden. Man muß erst einmal einen Bestand erheben über Haltungsschwächen und Haltungsschäden. Nur dann, wenn man darauf eingeht, kann man ein Kind mit gutem Gewissen sportlich belasten mit dem positiven Ziel einer Förderung der körperlichen Entwicklung. Wir brauchen unbedingt, gerade bei Kindern, regelmäßige sport-orthopädische und sportinternistische Untersuchungen, um sicherzustellen, daß sie durch diese körperliche Belastung gesund bleiben, und damit zu garantieren, funktionell besser zu werden.

Wichtig ist, daß an den Schulen - was leider praktiziert wird - verboten wird, daß nichtqualifizierte Lehrer Sportunterricht bei Kindern erteilen. Gerade in diesem Alter sind alle fehлкоordinierten Bewegungen, alle Fehler, die im Sportunterricht gemacht werden, von besonderer Bedeutung und bringen besondere Folgeschäden mit sich.

Das darf nicht weiter so sein, was heute fast überall praktiziert wird: Für die Seniorensportler nicht mehr so geeignete ehemalige Startrainer, jugendliche Trainer zum Sammeln erster Trainingserfahrungen oder auch Eltern dürfen im Jugendsport, zumindest verantwortlich, nicht eingesetzt werden. Diese drei Gruppen werden im Jugendtraining regelmäßig eingesetzt. Das heißt, wir brauchen mehr Qualität im Training des Jugendsports und im Schulsport. Wir brauchen - und das ist ganz besonders wichtig - eine bessere Ausbildung von Trainern auch in der Breite, nicht nur der Spitzen-trainer, die mittlerweile immer besser ausgebildet werden. Wir brauchen gut ausgebildete Trainer in der Breite, und das auf der Basis wissenschaftlich fundierter Kenntnisse und nicht auf der Basis von Erfahrungen guter Trainer. Wir brauchen wissenschaftliche Grundlagen, anhand deren wir die Trainer ausbilden.

Was vermieden werden muß von orthopädischer Seite, ist auch eine frühe Spezialisierung durch zu früh erwartete Wettkampferfolge. Wenn ich in zu frühem Alter einen bestimmten Wettkampferfolg erzielen muß, werde ich Kompromisse eingehen. Ein Kind darf und sollte keine

Kompromisse eingehen, und kein Trainer sollte mit dem Kind gesundheitliche Kompromisse eingehen.

Praktisch gibt es Probleme beim Kunstturnen oder anderen Sportarten dann, wenn bestimmte Bewegungsabläufe bei Kindern als sicher - oder auch mit großer Wahrscheinlichkeit - krankmachend erkannt worden sind, diese Bewegungsabläufe aber im internationalen Reglement verlangt werden, um eine bestimmte Mindestpunktzahl zu bekommen. Das bedeutet, daß darauf eingewirkt werden muß, daß diese Bewegungsabläufe international gestrichen werden und nicht mehr benotet oder sogar günstig bewertet werden dürfen. Es reicht nicht, das in Deutschland zu machen, dann braucht man international nicht mehr anzutreten.

Weiter ist die Information der Presse von besonderer Bedeutung. Die Presse muß eine bessere Einstellung bekommen zur Bewertung sportlicher Erfolge bei Kindern. Es sollen nicht frühkindliche Stars aufgebaut werden, es sollen Trainer hervorgehoben werden, die ein hohes Niveau bei ihren Kindern erzielen konnten - ein hohes Leistungsniveau, ein hohes koordinatives Niveau und ein hohes Niveau, was das Vermitteln von Freude angeht. Nicht zwei, drei Kinder sollten als Stars hervorgehoben werden, die anderen sind frustriert, und wenige machen weiter.

Das sind Forderungen, die man vernünftigerweise heute aufstellen sollte. Doch wir müssen darüber nachdenken, worauf sich unser Wissen bezüglich der Belastbarkeit und Trainierbarkeit von Kindern begründet. In der Inneren Medizin gibt es eine Reihe sehr guter Untersuchungen über die Leistungsentwicklung von Sportlern und auch teilweise von Kindern. Die Orthopädie ist heute - so könnte man sagen - in einem vorvesalianischem Zustand. Vesal war jemand, der, Galiläi folgend, die Analyse und das Experiment als die wesentliche Grundlage naturwissenschaftlicher Forschung angesehen hat. Analyse und Experiment sind heute nicht die Grundlage der Sportorthopädie. Die Sportorthopädie basiert heute noch auf Erfahrungen der einzelnen Sportorthopäden und auf der Kenntnis der Großen Orthopädie. Wissenschaftlich ernstzunehmende sportorthopädische Untersuchungen existieren

nicht. Wir können keine Aussage machen, welche Sportart nach welchen Jahren welche orthopädischen Schäden mit sich bringt, natürlich Gott sei Dank auch nicht über die von Herrn Schumpe genannten 100 Prozent. Ich kann aber auch nicht beweisen, daß es nur 2 Prozent sind. Niemand kann auf diesem Gebiet eine Prozentzahl beweisen. Das bedeutet, diese Längsschnittuntersuchungen sollten in Zukunft betont und durchgeführt werden. Das ist eine ganz große Aufgabe für die Sportorthopädie.

Dr. Kaminski: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich möchte zunächst vortragen, auf welche Grundlagen ich meine Aussagen basieren will.

Vors. Tillmann: Ich würde Sie aber bitten, konkret auf die gestellten Fragen einzugehen.

Dr. Kaminski: Ich muß sie aber vorweschicken, da sich meine Antworten darauf beziehen.

Vors. Tillmann: Sie können davon ausgehen, meine Herren Sachverständigen, daß Ihre Ausführungen gelesen worden sind. Sie brauchen Ihre schriftlichen Ausführungen hier nicht noch einmal vorzutragen, sondern Sie sollen konkret auf die Fragen eingehen - selbstverständlich auf der Basis und vor dem Hintergrund Ihrer schon übersandten Vorträge.

Herr Prof. Bärsch wollte etwas zur Geschäftsordnung sagen.

Dr. Bärsch: Ich habe Sie so verstanden, daß wir zunächst nur etwas zur Altersbegrenzung sagen sollten.

Vors. Tillmann: Nein, zu allen gestellten Fragen.

Dr. Bärsch: Gut, dann würde ich noch einmal ums Wort bitten.

Vors. Tillmann: Selbstverständlich bekommen Sie dieses. Aber jetzt zunächst Herr Prof. Kaminski.

Dr. Kaminski: Wir haben diese Längsschnittuntersuchung an etwa 150 Sportlern aus den Sportarten Eiskunstlauf, Schwimmen und Kunstturnen durchgeführt. Die empirischen Tatsachen sehen so aus, daß von unseren Sportlern als Trainingsbeginn im Durchschnitt angegeben werden 7 Jahre bei den Eiskunstläufern, 9,5 Jahre bei den Schwimmern und 7 Jahre bei den Kunstturnern. Und das Alter der erstmaligen Spitzenleistung ist dann etwa 10 Jahre bei den Eiskunstläufern, etwa 12 Jahre bei den Schwimmern und etwa 12 Jahre auch bei den Kunstturnern. Man sollte diese Fakten einmal erfahren, um dann die Forderungen einer Altersbegrenzung, die jetzt gestellt werden, daranhalten zu können.

Was die subjektive Rückschau der Sportler betrifft - ich habe die letzte Untersuchung im Februar vorigen Jahres an Sportlern durchgeführt, die dann im Durchschnitt 24 Jahre alt waren und von denen 80 Prozent bereits ihre Sportkarriere hinter sich hatten: Wie schauen sie auf ihre Karriere zurück? Wir haben herausgefunden, daß im wesentlichen sich im Laufe der Karrieren ganz verschiedene Grundhaltungen herausbilden. Etwa 30 Prozent schauen sozusagen mit positivem Enthusiasmus zurück und sagen, daß alles wunderbar war und daß sie es auf jeden Fall wieder so machen und anderen empfehlen würden. Etwa 60 Prozent haben eine mittlere, moderate Haltung, indem sie Vor- und Nachteile gegenüberstellen. Und von denen, die geantwortet haben, sind 10 Prozent extrem negativ gegen den Hochleistungssport und ihre Karriere eingestellt. Davon hängen natürlich auch im einzelnen die Stellungnahmen ab, die die Sportler in der Rückschau über ihre Karriere geben. Es gibt auch einige, die sagen: Wenn ich das noch einmal anfangen könnte, würde ich sogar früher anfangen, als ich es getan habe. Andere wieder sagen: Ich würde das nie wieder tun. Ich will damit nur sagen, daß, wenn man die Sportler selber einmal zu Wort kommen läßt, nachdem sie solche Erfahrungen über lange Zeit gemacht haben und sich auch immer wieder

haben äußern können - wir haben drei Untersuchungszeitpunkte gehabt -, sich das sehr stark aufspaltet und es sehr schwierig oder praktisch unmöglich ist, generelle und modale, für alle geltende Äußerungen zu machen und Empfehlungen zu geben. Das ist eine Grunderkenntnis, die wir dabei gewonnen haben.

In der Rückschau wird allerdings auch ziemlich stark betont, selbst von denjenigen, die im Grunde positiv auf das Ganze zurückschauen, daß sie doch eine ganze Reihe von Problemen erlebt haben. Wir hatten z. B. gefragt, welche negativen Auswirkungen sich heute nach Abschluß bemerkbar machen. Unter dieser ganz offenen Frage haben immerhin, nachdem die meisten heute draußen sind, relativ viele Gesundheitsprobleme genannt. Bei den Eiskunstläufern waren das 67 Prozent, bei den Kunstturnern 63 Prozent und bei den Schwimmern nur 36 Prozent. Von bleibenden Einschränkungen der Beweglichkeit als Folge von Verletzungen und ähnlichem während des Karriereverlaufs beurteilen das immerhin 65 Prozent der Eiskunstläufer positiv, 32 Prozent der Kunstturner und 42 Prozent der Schwimmer, usw. Ich habe die Daten in meiner Stellungnahme aufgeführt. Andersherum gesehen: Ausdrücklich verneint wird das Vorkommen von Verletzungen und gesundheitlichen Schäden nur von 6 Prozent der Eiskunstläufer, von 11 Prozent der Kunstturner und von 29 Prozent der Schwimmer.

Wir haben - Sie können das dann auch in dem Bericht nachlesen, den ich herausgeben werde - auch nachgefragt, welche Verletzungen im einzelnen vorkamen. Es ist doch eine einigermaßen beeindruckende und etwas erschreckende Liste zustande gekommen, wieviele Verletzungen gerade auch im orthopädischen Bereich angegeben werden, hauptsächlich beim Kunstturnen. Die Kunstturner überragen gewissermaßen bei diesen Angaben die beiden anderen Sportarten; an zweiter Stelle kommen die Eiskunstläufer, an dritter Stelle dann - weit dahinter - die Schwimmer.

Was die psychischen Auswirkungen, nach denen ja auch gefragt worden war, angeht, möchte ich auf dieses generelle

Resultat verweisen. Man kann nicht sagen, daß es in der gesamten Gruppe der Hochleistungssportler ganz bestimmte negative Auswirkungen psychischer und sozialer Art gibt, sondern an erster Stelle ist einmal zu fragen, welche Grundeinstellung sich in dem einzelnen gegenüber dem ganzen Unternehmen herausgebildet hat. Auf dieser Grundeinstellung basiert dann auch, wie der ehemalige Sportler das Ganze sieht und welche negativen Auswirkungen er sieht. Merkwürdig war für mich, daß diese gesundheitlichen Probleme letzten Endes in der Rückschau subjektiv nicht so stark gewichtet wurden wie z. B. die Zeitprobleme. Die Zeitprobleme in verschiedenartiger Auswirkung - man ist da so ungeheuer eingespannt und hat verschiedene Defizite im sozialen Bereich, etwa Freunde außerhalb des Sports zu gewinnen, bestimmte Freizeittätigkeiten zu machen, die altersentsprechend wären, usw. - steht für die Sportler mehr im Vordergrund als die Gesundheitsprobleme, im großen und ganzen gesehen.

Bei den Problemen - und das gehört vielleicht auch noch zu den psychischen Auswirkungen - wird auch die Trainerbeziehung genannt, obwohl sie von den meisten positiv geschildert wird, als sie eben bei den Trainern subjektiv pädagogische und psychologische Kompetenzen vermißt haben. Sie haben sich oft unverstanden gefühlt, oft zu wenig motiviert gesehen durch ihre Trainer, so daß hier auch von den Sportlern Dissiderate angemeldet worden sind, die Trainerausbildung in diesen Bereichen zu verbessern. Das war hier ja auch schon mehrfach angemerkt worden.

Ich will damit zum Schluß kommen und vielleicht auch noch auf andere Fragen zurückkommen, falls Sie solche noch nachschieben wollen.

Frau Dr. Berndt: Ich beziehe mich auf das Statement von Herrn Dr. Frohberger. Ich fand es ausgezeichnet, aber ich fand es auch systematisch und symptomatisch, weil er sich ganz dezidiert und sehr ausgeprägt auf die Fragen der kindlichen Entwicklung im medizinischen Bereich bezogen hat. Da gibt es sehr viele Untersuchungen, da gibt es sehr viele

Aussagen, und er hat mit Recht beklagt, daß Längsschnittuntersuchungen im Bereich der motorischen Entwicklung bei Kindern vollständig fehlen. Dort ist mehr oder weniger Fehlannonce zu vermeiden. Der Grund ist vielschichtiger Art. Es kann einmal daran liegen, daß an den Universitäten die Sportwissenschaft noch nicht sehr lange installiert ist und daß es außerdem nicht sehr viele Lorbeeren bringt, sich mit Kindersport zu beschäftigen. Es bringt viel mehr Lorbeeren, sich mit dem Spitzensport zu beschäftigen, da bekommt man auch viel schneller Forschungsaufträge, und deswegen scheint mir hier ein Defizit zu liegen.

Ein weiteres Defizit liegt möglicherweise im Schulsport. Der Schulsport ist ebenfalls ein Fach, das in der Rangreihe hinsichtlich des Ansehens nicht gerade ganz oben steht. Das macht sich auch fest bei der Ausbildung der Sportlehrer, bei der diejenigen, die im Primarbereich und im Sek-I-Bereich unterrichten, erstens schlechter bezahlt und zweitens schlechter ausgebildet werden. Die Ausbildungszeit ist kürzer und die Inhalte sind sehr viel schmaler. Hier liegen überall Defizite. An diesen Ecken muß man anfangen zu überlegen, wenn man im Leistungsbereich der Kinder etwas mehr erarbeiten will.

Ich möchte aber hinzufügen, daß ich dieses Statement nicht in erster Linie unter dem Gesichtspunkt des Erwerbs von Höchstleistungen machen möchte, sondern unter dem Gesichtspunkt der allgemeinen Gesundheit und des Sinns von Sport überhaupt. Unsere wichtigste Medaille, die wir kriegen können, bekommen wir nicht damit, daß Kinder im Höchstleistungssport auf dem Treppchen stehen, sondern sie kriegen wir eher damit, daß möglichst viele Kinder möglichst viel und sinnvoll Sport treiben.

Vors. Tillmann: Herr Zacharias, muß die Turnschule geschlossen werden?

Zacharias: Ich bin sicherlich eingeladen worden, weil der Deutsche Turner-Bund immer damit identifiziert wird, der

"Kindergarten der Nation" zu sein, oder er wird mit dem Thema "Kinder im Leistungssport" identifiziert.

Es kann mir aber eigentlich nichts Besseres passieren als das, was Frau Dr. Berndt gesagt hat. Es sei mir gestattet, daß ich dieses schlechte Bild an dieser Stelle einmal korrigiere. In unserem Verband betreiben 1,2 Millionen Kinder Sport im weitesten Sinne, bei uns verstanden als Leibesübungen im weitesten Sinne. Und nur ein ganz kleiner Kreis davon betreibt Spitzensport. Wir machen also genau das, was hier verlangt wird, sind uns allerdings dessen bewußt, was wir mit denjenigen zu tun haben, mit denen wir Spitzensport betreiben.

Hier allerdings auch eine kleine Korrektur: Zum Spitzensport, der hier momentan in der Diskussion steht, gehört ja lediglich das Kunstturnen und die Rhythmische Sportgymnastik. Bei uns werden aber auch noch andere Sportarten betreut, die bis zu Weltmeisterschaften führen und bei denen wir auch Weltmeister aufzuweisen haben. Ich will das hier nicht vertiefen.

Beim Kunstturnen wird auch immer so pauschal "die Kunstturner" gesagt. Aber das trifft ja nicht zu. Ich möchte darauf hinweisen, daß unsere Kunst"turner" sicherlich aus der Schußlinie sind, denn unsere Mannschaft hat ein Durchschnittsalter von mehr als 20 Jahren. Vom Wettkampfalter her dürfte das Problem zumindest bei uns momentan noch nicht bestehen. Aber ich muß darauf aufmerksam machen, daß die Anstrengungen bei den außerdeutschen Verbänden, und zwar nicht nur im Ostblock, durchaus bewirken, daß die Junioren-Europameister von heute morgen die Weltmeister sein können. Und dann brauchen sie immerhin nur 16 Jahre alt zu sein. Diese Gefahr besteht also durchaus.

Als nächstes kommt die Rhythmische Sportgymnastik. Hier ist unser Aushängeschild derzeit noch Regina Weber, sicherlich eine stattliche junge Dame. Aber sie ist nicht einmal mehr Deutsche Meisterin, sie wurde überholt von einer 14jährigen. Wer aber diese Marion Rothaar kennt, der weiß genau, daß bei ihr das zutrifft, was Herr Dr. Frohberger ausgeführt hat: Das biologische Alter spielt hierbei eine

Rolle. Ich bin kein Mediziner und möchte mich hier nicht anlegen, sondern lediglich den Ball insofern aufgreifen, daß ich darauf hinweise. Unsere Gruppengymnastikinnen sind eine stattliche junge Damenriege von Abiturienten. Nur: Was bringt das nett Anzuschauende? Ich habe noch in Erinnerung, was Herr Eicke heute vormittag sagte. Sie sind eben nur 17. unter 21 Mannschaften bei den Weltmeisterschaften. Hier müssen wir genau das tun, was heute vormittag auch schon gesagt wurde: Entweder spielen wir mit den anderen mit oder wir müssen es bleiben lassen.

Nun kommen die Kunstturnerinnen. Frage: Muß die Turnschule geschlossen werden? Lassen Sie mich zuvor sagen, daß das Durchschnittsalter unserer Mädchen momentan höher als 16 Jahre liegt. Die Mädchen sind gerade in Rotterdam, ich gehörte eigentlich auch dahin, stelle mich aber dem Hearing. Das mögliche Wettkampfalter liegt im internationalen Bereich bei 14 Jahren. Genau gesagt, es dürfen diejenigen teilnehmen, die im Wettkampfsjahr 15 Jahre alt werden. Hier gibt es Auswüchse. In diesem Jahr z. B. werden auf Antrag einiger Verbände, und zwar nicht aus dem Ostblock, sondern aus den Nachbarländern Italien, Frankreich und Spanien, diejenigen bereits zugelassen, die im Olympiajahr 15 Jahre alt werden, sie dürfen also in diesem Jahr 13 sein.

Damit will ich gleich eine Frage beantworten, die Herr Schmidt gestellt hat. Hier spielen wir diesen Teilboykott mit, wir haben für uns gesagt: Das kommt bei uns nicht in Frage. Wir halten uns an die üblichen Altersgrenzen und werden also keine anderen Athletinnen entsenden.

Das Problem ist ganz einfach das gewesen, daß man festgestellt hat - ich drücke das unwissenschaftlich aus -, daß sich Kunststücke am besten im Kindes- und Jugendalter erlernen lassen. Auch das ist vorhin schon gesagt worden, im koordinativen Bereich kann man gerade in diesem Alter am meisten bewerkstelligen. Es kommt noch dazu, daß man die Angst nicht kennt, daß man beweglich ist, und das kann man eben für das Kunstturnen ausnützen.

Die Entwicklung im internationalen Bereich war so, daß die Jüngeren immer besser wurden und man dann diesen

Jüngeren die Altersgrenze angepaßt hat. Wir haben das nicht mitgemacht, der eine oder andere mag sich vielleicht noch daran erinnern. Unsere Frauenführung zur damaligen Zeit, 1958, ist ausgestiegen - darunter leiden wir zum Teil heute noch -, weil damals die Verbandsfunktionäre gesagt haben, daß sie da nicht mitspielen. Wir haben dann Ende der 60er Jahre wieder mitgemacht, weil wir der Meinung waren, daß andere Verbände ja auch nicht verbieten, schneller zu laufen und höher zu springen. Warum soll es im Kunstturnen verboten sein, anstelle des dreifachen Saltos den vierfachen Salto zu drehen? Ich bin hier mit Herrn Dr. Frohberger nicht so ganz einer Meinung, aber da komme ich gleich noch einmal darauf zurück. Hier steht tatsächlich die einzige Frage im Vordergrund: Wollen wir mitmachen oder nicht? Fest steht - das ist ja belegt worden -, daß das Training ohnehin früh beginnt, ob nun spezialisiert oder nicht, sei dahingestellt. Wir sind nicht für ein frühzeitiges spezialisiertes Training. Wir waren auch der Auffassung, daß wir uns im internationalen Bereich noch einmal stark machen sollten, um das Wettkampfaller heraufzusetzen. Wir sind kläglich gescheitert, genauso wie mit der Sonderregelung für 1987.

Trotzdem haben wir erneut Verzichtüberlegungen angestellt. Ich muß allerdings dazu sagen, daß dies von seiten der älteren Damen und Herren, zu denen ich mich mittlerweile auch zähle, im Hauptausschuß oder im Präsidium geschah. Nur, wenn wir die Selbstbestimmung der Athleten ernst nehmen, dann müssen wir diese auch fragen: Wollt Ihr jetzt aufhören oder nicht? Und die Antwort kann ich Ihnen geben - für Isabella von Lospichl, die jetzt in Rotterdam ist, oder für Anja Wilhelm oder für Marion Rothaar -: Sie wollen auf den Spitzensport, so wie er auch bei uns betrieben wird, nicht verzichten.

Nun komme ich zu den speziellen Fragen, die gestellt worden sind. Folgeschäden mit Langzeitwirkung: Unsere Verbandsärzte - wir haben für jedes Fachgebiet einen ehrenamtlichen Arzt - sind bisher immer der Auffassung gewesen und haben das auch bewiesen, daß Folgeschäden mit Langzeitwirkung so nicht feststellbar waren, sondern daß in

all den Fällen, die durch die Presse gegangen sind, Vorerkrankungen maßgeblich dafür waren. Ein Name - Ulrike Weyh -, der immer wieder als Modellfall bezeichnet wird, steht dafür.

Zur zweiten Frage von Herrn Fischer, medizinische Betreuung unterhalb der Spitzenkader: Das ist tatsächlich ein wunder Punkt. Wir befürchten immer wieder, daß schon bei den D-Kader-Angehörigen und erst recht bei denen, die noch darunter beginnen, die Eingangsuntersuchung oder überhaupt die sportmedizinische Betreuung leider nicht ausreicht und es deshalb zu den Vorerkrankungen kommt, wenn die Athletinnen und Athleten in die Kader aufgenommen werden.

Vors. Tillmann: Damit ist auch die Frage von Herrn Sauer eindeutig beantwortet, daß die A-B-C-Kader-Angehörigen, gleich welchen Alters, sportmedizinisch ordentlich betreut werden. Das sollten sie vielleicht noch einmal deutlich machen.

Zacharias: Ich will das noch einmal verdeutlichen. Selbst die Kinder, die bei uns in den Spitzenkadern sind, werden genauso untersucht wie andere ältere Athleten.

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Dann stimmt aber die Feststellung von Herrn Professor Keul nicht, der uns geschrieben hat, daß ein Großteil der Kinder im Hochleistungssport nicht einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle unterzogen ist.

Vors. Tillmann: Das trifft aber jedenfalls für den Deutschen Turner-Bund nicht zu? Vielleicht ist das in anderen Bereichen der Fall.

Zacharias: Ausnahmen bestätigen natürlich immer die Regel. Aber das liegt zum Teil auch an den Athletinnen oder an den Trainern selbst. Regina Weber beispielsweise müssen wir immer wieder drängen, sich der sportärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Die Jüngeren - dafür möchte ich fast

meine Hand ins Feuer legen - werden von den Trainern nahezu getrieben, sich den ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, weil die Trainer sich hier selbstverständlich keine Laus in den Pelz setzen wollen.

Vors. Tillmann: Der Ökonomie der Verhandlungen wegen wird Herr Schmidt hier sofort eine Zusatzfrage stellen.

Abg. Schmidt (Salzgitter) (SPD): Nur ganz kurz, Herr Zacharias: Liegt der Dissens, der sich eben hier auftut, nicht vielleicht auch daran, daß Sie eine unterschiedliche Auffassungen von dem Umfang und der Art der sportmedizinischen Betreuung haben im Vergleich zu Herrn Dr. Keul?

Zacharias: Das ist durchaus möglich. Wir wünschten uns natürlich auch noch fachgebietsspezifische Untersuchungen, die wir eigentlich richtig, so wie wir uns das vorstellen, nur für die Männer haben. Weder für die Kunstturnerinnen gibt es das noch für die Rhythmische Sportgymnastik. Das ist richtig, das würden wir uns noch intensiver wünschen.

Zur Frage von Herrn Brauer, ob Kinderhochleistungssport mit Kinderarbeit vergleichbar ist, bin ich der Auffassung, daß das absolut nicht der Fall ist. Ich möchte das an einem banalen Beispiel erwähnen: Ich bin ja auch Leistungssportler gewesen und hätte es auch ganz gerne gesehen, wenn mein Sohn in die gleichen Fußstapfen getreten wäre. Dort, wo ich wohne, ist das leider nicht möglich. Er ist Musiker geworden, aber er hat mehr musiziert, als ich früher trainiert habe. Das darf ich ganz klar sagen. Wenn Sie mit unseren Mädchen sprechen - einige Journalisten haben ja schon Interviews mit ihnen gemacht -, dann werden sie ganz klar die Antwort geben, und Isabella von Lospichl hat das ja in ihrem Statement auch gesagt, daß sie sich wohlfühlen. Natürlich müssen bestimmte Dinge zurückgestellt werden, und wenn der Freund kommt, dann ist der Spitzensport am Ende, auch dafür haben wir ja Beispiele. Aber das ist dann eben so, das ist hinzunehmen. Von Arbeit können wir da nicht reden.

Abg. Brauer (GRÜNE): Herr Döring - Sie werden ihn sicherlich kennen, er war ja auch im Vorstand des Deutschen Turner-Bundes - hat gesagt, ich zitiere:

Die einseitige und zeitlich umfangreiche Ausrichtung auf sportliche Betätigung im Höchstleistungsbereich ist auch dann noch schädlich, wenn es den Kindern Spaß macht.

Zacharias: Was zu beweisen ist. Allerdings darf ich dazu sagen, daß Herr Döring mit seiner Auffassung im Deutschen Turner-Bund nicht durchgedrungen ist, deshalb hat er auch das Präsidium verlassen. Das, was ihm die Athleten vorwerfen - übrigens nicht nur die jungen Mädchen, sondern auch die Männer -, ist die Tatsache, daß er noch nie in Frankfurt im Leistungszentrum gewesen ist und sich mit den Athleten unterhalten und das Training angesehen hat.

Dr. Montag: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, Kinder im Leistungssport: Wir haben dazu verschiedene Statements gehört. Ich möchte Herrn Frohberger noch darauf hinweisen, daß ich Orthopäde bin und gleichzeitig Verbandsvorsitzender und daß ich seit 30 Jahren Sportmedizin betreibe und diesbezüglich also auch eine gewisse Aussage dazu machen kann. Ich sage das nur, weil er es bedauert hat, daß er hier allein wäre in der Orthopädie. Ich stehe ihm also ohne weiteres zur Seite in seinen Ausführungen.

Wir haben uns schriftlich festgelegt, und ich möchte mich nicht wiederholen in den Sachen, die zu sagen sind. Was die Ansicht von unserem Sport aus betrifft, so ist es natürlich so, daß wir die Altersbegrenzung in unserem Verband haben und mit dieser Altersbegrenzung auch ganz gut fahren. Wir haben die Junioren bei den Damen bis 16 und bei den Herren bis 18 Jahren.

Im Eiskunstlauf ist es ja so, daß in einer musisch-artistischen Sportart die Entwicklung eines Menschen parallel laufen muß zu seiner Ausdruckweise, weil er sich künstlerisch ausdrücken muß. Das ist genauso bei anderen künstlerischen Betätigungen. Wenn im Eiskunstlauf ein Kind aufs Eis geht, kann es sich nicht so darstellen, daß es

überhaupt etwas bringen würde - selbst wenn es die sportliche Leistung bringt. Im Eiskunstlauf wird ja auch der künstlerische Ausdruck bewertet, und er ist natürlich nicht vorhanden, wenn ein Kind aufs Eis geht. Das wäre dann echt ein Kindersport und kein Eiskunstlauf mehr. Insofern laufen bei uns diese Altersentwicklung und die Altersbegrenzung parallel der körperlichen Entwicklung. Wir sind natürlich differenziert darauf aus, das auch zu fördern oder entsprechend darauf einzuwirken. Man muß natürlich davon ausgehen, daß zwei Mädchen von 15 Jahren nicht gleich sind. Meine Tochter ist Kunstturnerin gewesen - ich bin aus der Heimat der Isabella von Lospichl, wir haben dort draußen sehr viele gute Kunstturner und Kunstturnerinnen -, und als ich sie einmal neben der Angela Mayer stehen sah, ging die Angela Mayer meiner Tochter unter die Schulter. Meine Tochter hat in der Entwicklung plötzlich einen Schub gemacht, und dann war es natürlich mit dem Kunstturnen vorbei. Man muß dann natürlich entsprechend darauf einwirken und sehen, daß es keinen Sinn mehr hat, da weiterzumachen.

Was die sportmedizinische und die sportorthopädische Untersuchung betrifft, ist es natürlich die große Aufgabe dessen, der diese Kinder in diesem Alter untersucht, daß er die Eltern darauf aufmerksam macht. Das Wichtigste ist ja nicht das Kind selbst, das Kind wird ja durch seine Eltern motiviert, und die Eltern müssen beraten werden. Die Beratung der Eltern ist in diesem Alter viel wichtiger als die Einwirkung auf das Kind selbst. Denn das Kind hängt an den Eltern und macht das, was die Eltern ihm sagen. Die medizinische Versorgung ist natürlich in dem Fall besonders sorgfältig vorzunehmen, weil ja die Sorgfaltspflicht an die Eltern weiterzugeben ist, die letztlich die Entscheidung zu treffen haben.

Ich muß natürlich schon gestehen, daß zwar in unserem Bundesleistungszentrum in Oberstdorf die medizinische Versorgung sichergestellt ist - auch die physiotherapeutische -, daß sie aber nicht hundertprozentig in unseren Bundesstützpunkten Stuttgart, Mannheim, Dortmund und München sichergestellt ist. Wir sind aber bestrebt,

diese umfassende sportmedizinische Betreuung auch dann zu gewährleisten, wenn wir im Bundesleistungszentrum Lehrgänge machen und die Leistungssportler mehrere Male im Jahr dort zusammenziehen und sie bei dieser Gelegenheit dort einer medizinischen Untersuchung unterziehen. Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß für unseren Sport die Dokumentation besonders wichtig ist - die Leistungs- und medizinische Entwicklungsdokumentation, daß man also dokumentiert, wann das Kind nun schneller wächst. Es gibt sogenannte Breitenwachstumsphasen, und es gibt sogenannte Längenwachstumsphasen. Hier ist es ja auch für den Trainer wichtig zu wissen, was er trainieren kann und was nicht. Jeder Pädagoge weiß, daß Kinder in Längenwachstumsphasen für die Aufnahme von Neuheiten schlechter zu beeinflussen sind als in den Phasen, in denen sie in die Breite wachsen. Wenn man diese Dokumentation zur Seite laufen läßt, dann kann man natürlich auch das Kind davor bewahren, daß es frustriert etwas trainieren muß, was es einfach in dem Alter nicht lernen kann.

Damit komme ich zum nächsten Punkt. Das muß natürlich Hand in Hand mit einer entsprechenden Trainerausbildung laufen. Unser Verband hat sich besonders vorgenommen, diese Trainerausbildung - sie wurde heute ja schon mehrmals angesprochen - so zu machen, daß die hier beschriebenen Schäden an den Epiphysen usw. nicht auftreten.

Das Dopingproblem hat bei allen Untersuchungen, die gemacht worden sind, keine Rolle gespielt, es ist im Kindersport nicht relevant. Herr Donike weiß, daß wir bei allen Mannschaften versucht haben, möglichst viele Proben quer durch den Gemüsegarten zu sammeln und dann untersuchen und analysieren zu lassen. Wir haben nirgends etwas gefunden. Das ist etwas, was uns besonders interessiert hat.

Etwas, was natürlich wieder mit der Trainerausbildung zusammenhängt, ist die falsche Trainings- und Wettkampfplanung, die ein Kind unter Umständen kaputt machen kann. Es wurde die Frage angesprochen, ob es denn Leute gibt, die ihren Sport aufgeben mußten, die abgebrochen haben. Das

waren in der großen Mehrzahl nicht gesundheitliche Schäden, die aufgetreten sind, sondern das waren Überlastungen, die dann letztlich zu einem derartigen Frust geführt haben, daß das Kind nicht mehr wollte und von sich aus aufgehört hat. Zum zweiten haben wir auch Sportler gehabt, die sich von sich aus einfach nicht mehr motivieren konnten und auch von der sogenannten Fremdmotivation nichts gehalten haben und dann einfach aufgehört haben, obwohl sie an einer Stelle standen, an der sie medaillenverdächtig waren. Ich erinnere nur an die Tina Riegel, die praktisch am Höhepunkt ihrer Laufbahn aufgehört hat, weil sie sich selbst nicht mehr motivieren konnte und auch von außen her nicht mehr zu motivieren war, um einmal die Fremdmotivation hier anzusprechen.

Um auf die einzelnen Fragen einzugehen: Die Altersbegrenzung habe ich angesprochen. Die körperliche Unversehrtheit zu gewährleisten ist natürlich eine sehr schwierige Angelegenheit. Jeder, der Sport treibt - ob er nun Breitensport oder Leistungssport treibt -, setzt sich der Gefahr einer Verletzung aus. Inwieweit diese Verletzung auftritt oder nicht auftritt, sollte man nicht so sehr auf den Hochleistungssport abstellen, denn sie kann der Sportler genausogut und viel schwerer erleiden, wenn er einmal aufs Eis geht, als wenn er bestimmte körperliche Bewegungsabläufe gelernt hat.

Auf den Abbruch der Laufbahn, wonach Herr Fischer gefragt hat, bin ich schon eingegangen.

Die Betreuung unterhalb der Kader ist bei uns so geregelt, daß wir die Landesleistungskader natürlich in unsere sportmedizinische Untersuchung mit einbinden wollen. Das hängt wiederum auch davon ab, daß wir nur begrenzte Einflußmöglichkeiten auf die Landessportbünde haben und manche Landessportbünde einfach nicht in der Lage sind, die bereitstehenden Mittel überhaupt abzurufen und diese Untersuchungen durchführen zu lassen. Da bedarf es natürlich eines dauernden Nachbohrens.

Ich möchte dann noch darauf zurückkommen, daß Sie vorhin gesagt haben, daß man zum Beispiel einen Doppelsalto

oder einen dreifachen Salto springt. Bei uns ist es jetzt so, daß man anfängt, Vierfachsprünge zu trainieren. Wir haben auch beim internationalen Verband entsprechende Einflüsse geltend gemacht, um überhaupt dieses sogenannte rein Springerische - das ist nicht Eiskunstlauf, sondern Eisspringen - abzuschaffen. Deswegen ist es schon so, daß der internationale Verband in seinem Reglement die Anzahl der Sprünge limitiert hat. Auch wenn ein Sprung nur versucht und dann nicht gesprungen worden ist, dann kann er nicht mehr gesprungen werden. Es ist jetzt schon so weit in das Reglement eingegriffen worden, daß man diese Überlastungen aus dem Reglement herausnehmen will. Wir sind natürlich sehr darauf bedacht, unseren Einfluß geltend zu machen, um zu verhindern, daß im Reglement etwas auftritt, was unsere Kinder oder unsere Jugendlichen schädigen könnte.

Was nun den Vorlauf im Eiskunstlauf betrifft, so ist heute schon einmal davon gesprochen worden, daß natürlich eine lange Trainingszeit notwendig ist. Aber diese Trainingszeit muß sich, wie ich schon anfangs gesagt habe, der Entwicklung des Kindes anpassen. Unser Trainingsaufbau und das, was von den Jugendlichen bei den Juniorenmeisterschaften und bei den Meisterschaften für den Nachwuchs verlangt wird, sind eben so begrenzt, daß es sich der Entwicklung des Kindes anpaßt und damit das Kind nicht überlastet werden kann. Der Vorlauf, bis das Kind überhaupt einmal in den Leistungsbereich hineinkommen kann, ist mit 15, 13 oder 12 Jahren, je nach Begabung, erreicht, und zwischen 16 und 18 Jahren fängt es dann an, international interessant zu werden, um dort etwas zu gewinnen.

Dabei möchte ich darauf hinweisen - das ist heute früh schon angesprochen worden -, daß natürlich immer die Spitzenleistung zählt, die Medaille zählt, daß natürlich keiner einmal in einer Nationenwertung nachschaut, wo man denn eigentlich steht. Wenn wir vom Eiskunstlauf uns selbst betrachten, so gibt es überall Täler und Höhen. Wenn Sie die DDR, die eine Domäne im Eiskunstlauf war, heute betrachten, so hat sie bei allen Möglichkeiten, die ihr zur Verfügung stehen, eine Läuferin in einer Kategorie, dahinter schon

nichts mehr, keine zweite, die irgendwo in Medaillenränge hineinschauen könnte, und in den anderen Kategorien, in denen sie früher in Medaillenrängen war, hat die DDR nicht nur keine Medaillen, sondern die DDR ist da irgendwo angelangt, wo sie nur noch einen schicken kann, also hinter den ersten zehn. Es ist also so, daß Entwicklungen auch einmal anders laufen können. Man kann sich also einfach darauf verlassen, daß man etwas vorplanen und einen Leistungsstand kontinuierlich halten kann. Es wird immer Höhen und Tiefen geben. Dazu möchte ich als Mediziner sagen: Nicht die Medizin hat unsere Leute dazu gebracht und nicht die Sportschäden oder die Verletzungen, die Leistungen nicht bringen zu können, sondern in erster Linie die Entwicklung im Sport, die eben so gelaufen ist, daß der Nachwuchs an einer bestimmten Stelle eben nicht vorhanden war, um gefördert zu werden. Schon Schiller hat gesagt: Ein Genie wird nicht erzogen, ein Genie wird geboren. Man kann nur jemanden fördern, der förderungswürdig ist, der die Voraussetzungen dafür mitbringt.

Ich glaube, ich habe alle Fragen beantwortet. Sollte ich es nicht getan habe, bitte ich um Nachfrage.

Vors. Tillmann: Wir machen dann noch eine zweite Runde, ehe wir für heute Feierabend machen. Herr Professor Bärsch, ich habe Sie nicht vergessen. Herr Ochs ist für die Deutsche Sportjugend hier, Herr Hanisch läßt sich entschuldigen, er hat wohl eine Demo oder so etwas in Berlin - nicht er selbst, er ist jedenfalls dienstlich verhindert.

Ochs: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, was Herr Hanisch in Berlin zu tun hat, weiß ich nicht, es ist auf jeden Fall etwas Dienstliches, es tut ihm leid, daß er nicht hat kommen können.

Es sind eine ganze Menge von Fragen nach Belastungsgrößen, Altersgrenzen und sportartspezifischen Spezialisierungen gestellt worden. Ich will versuchen, einige Worte dazu zu sagen.

Im Vorfeld der Diskussionen um die Grundsatzerklärung des Deutschen Sportbundes zum Thema "Kinder im Leistungssport" ist seit den 80er Jahren viel geredet worden, vor allem über die Zielgruppe, über die man spricht. Und damals hat es bei extremen Kreisen geheißen: Leute, was sprechen wir überhaupt darüber? Es handelt sich ja nur um 60 bis 80, maximal 100 Nachwuchssportler aus drei bis fünf Sportarten. Es lohnt sich gar nicht, sich darüber zu sehr den Kopf zu zerbrechen. Aber ich glaube, wir haben den Kreis, auch am heutigen Tag, etwas weiter gefaßt. Wir reden also nicht allein über das Alter, darüber, wann Aktive an den Start gehen dürfen - ob das nun 16 oder 14 oder 12 Jahre sind -, sondern wir reden auch über den Zeitpunkt, wann sie mit dem Training beginnen. Er liegt ja sehr, sehr viel früher. Insofern möchte ich den Kreis, der hier zu besprechen ist, einmal etwas breiter fassen und mich auf eine Sportart beziehen, in der ich mich am meisten zu Hause fühle, auf das Rudern, und hier einen Trend aufzeigen, der symptomatisch ist.

Rudern ist eine Sportart der Männer, wie man sagt, und in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts begannen Leute mit dem Ruder, die durchaus schon das 20. Lebensjahr erreicht haben konnten. Etwa Mitte der 60er Jahre, als alles in jüngere Gefilde strebte, hieß es bei uns in Ruderlehrbüchern plötzlich: Nicht der 16jährige - das war damals schon relativ früh -, der heute rudern lernt, wird der Meister von morgen sein, sondern der 10jährige, der es kann. Und dann begann ein Run in die Vergangenheit. Der Deutsche Ruderverband hat sich um einen Sponsoren bemüht, der ein Nachwuchsleistungskonzept auf die Beine stellte, und wir haben einen Bundesentscheid mit Kindern von 9, 10, 11 und 12 Jahren durchgeführt. Über Landesentscheidungen wurde das Ganze aufgebaut bis zu einem Bundesentscheid. Wir haben im Deutschen Ruderverband sehr schnell herausgefunden, daß dies der falsche Weg ist, und haben die beiden unteren Jahrgänge weggenommen, haben dann 500-Meter-Strecken durchgebolzt, und haben auch wieder sehr schnell festgestellt, daß wir auch

hier falsch liegen, daß hier eine Belastung kommt, die dem Kindesalter überhaupt nicht angemessen ist.

- Folgt Seite 221 -

Wir sind dann auch von den Meisterschaften abgegangen zugunsten eines Lagers, weil wir gesagt haben: Nicht nur das Rudern ist wichtig, sondern auch das gemeinschaftliche Erlebnis. Wir sind auf eine relativ niedrige Ebene gegangen, auf ein Zeltlager, das auf fast eine Woche ausgedehnt wurde, und haben einen Bundesentscheid gemacht. Aber auch dieses hat nicht allein etwas genützt; denn zu den Zeiten, wo wir Rahmenprogramme im Verband angeboten haben, haben ehrgeizige Trainer ihre Jugendlichen von 12, 13 und 14 Jahren vom Rahmenprogramm, wo man sich begegnen konnte, abgezogen und haben mit ihnen Trainingseinheiten - selbst auf der halbdunklen Außenalster, wie ich in Hamburg einmal gesehen habe - durchgeführt. Das heißt, wir sind von einem rein auf eine ruderfachliche Spezialisierung ausgehenden Programm abgegangen und haben andere Dinge, z. B. eine Rallye durch eine Stadt, für diese Altersgruppe einbezogen.

Im Sportfachlichen sind wir von einem alleinigen Kurzstreckenfahren fortgegangen und haben auch eine Langstrecke einbezogen, damit man nicht speziell trainieren mußte, sondern eine vielseitige Grundlagenausbildung machen konnte. Darüber ist viele Jahre diskutiert worden.

Ich sehe hier etwas Symptomatisches: Als man daranging, immer jüngere Talente für sich selber zu sichern und das bewegungsgeeignete Alter für sich zu nutzen, haben viele Spitzenverbände - auch den Deutschen Leichtathletikverband nenne ich als einen von vielen - damit begonnen, das Mindestalter zur Teilnahme an ihren Meisterschaften ganz früh zu legen. Diese Entwicklung ist zurückgeschraubt worden; Kindermeisterschaften gibt es immer weniger.

Auch was die Form der Meisterschaften für den Nachwuchs betrifft, folgen immer mehr Verbände den Vorschlägen, die die Deutsche Sportjugend auf Grund einer empirischen Erhebung Ende der 70er Jahre gemacht hat, und gehen fort von Meisterschaften, die nur ein Gegeneinander beinhalten, hin zu Veranstaltungen, die länger ausgedehnt sind und ein Miteinander, Kommunikation und Geselligkeit, beinhalten.

(Abg. Büchner (Speyer) (SPD): Wie ist es denn mit "Jugend trainiert für Olympia", sind wir da auf dem falschen Weg?)

- Warum stellen Sie die Frage?

(Abg. Büchner (Speyer) (SPD): Weil das Sportarten sind, die wegen des leistungssportlich orientierten Wettkampfcharakters ein Gegeneinander beinhalten!)

- Nein, "Jugend trainiert für Olympia" ist wohl ein leistungsorientierter Wettbewerb der Schule. Ich glaube, daß die Schule die Aufgabe hat, ebenso wie sie in allen anderen Fächern den Leistungswillen besonders Motivierter und besonders Talentierter fördert und ihnen ein Angebot macht, auch hier, was den Wettkampf anbetrifft, ein Angebot zu unterbreiten. Aber "Jugend trainiert für Olympia" findet - wie Sie selber wissen, Herr Büchner, Sie selbst waren in diesem Jahr bei uns in Berlin gewesen, ich habe Sie an der Ruderstrecke gesehen - in Berlin statt. "Jugend trainiert für Olympia" hat neben dem Wettkampfprogramm ein ungeheuer breit gefächertes kulturelles Programm, auch ein Begegnungsprogramm und ist für Kinder ein Riesenerlebnis.

Aber nun noch einmal zurück. Ich glaube, der Weg hin zu Meisterschaftsveranstaltungen mit mehr Begegnungscharakter, den zuletzt im Frühjahr dieses Jahres die Hockey-Leute gegangen sind und der im kommenden Frühjahr zum ersten Mal auch vom Deutschen Eishockey-Verband begangen werden soll, ist ein Weg in die richtige Richtung. Das heißt: Fort von Wettkämpfen, die die Leute praktisch nur beim Start zusammenführen, wo die Trainer darauf achten, daß man nicht zu früh in Kontakt kommt, sondern daß man sich taktisch gegenseitig beobachtet, und bei denen Begegnung nicht stattfinden kann. Die Zeiten, in denen man am besten morgens anreiste, am gleichen Abend nach Hause fuhr und dazwischen vielleicht 10, 12 Einzelgefechte oder irgendetwas anderes hatte, müssen, meine ich, ein für alle mal vorbei sein. Immer mehr Verbände gehen diesen Weg, und ich glaube, es ist ein guter Weg.

Lassen Sie mich noch ein anderes Problem - es ist mehrfach angesprochen worden - aufgreifen: Uns, der Deutschen Sportjugend, liegt die sportmedizinische Betreuung Jugendlicher unterhalb der Kader sehr am Herzen. Wir haben etwa 1977/78 gemeinsam mit dem Deutschen Sportärztebund, mit der Sektion für Kinder- und Jugendsport, mehrere Jahre umfassende Erhebungen

gemacht und haben festgestellt: Hier muß sich etwas ändern. Es kann nicht richtig sein, daß erst derjenige untersucht wird, der Kaderreife erreicht hat, und daß die anderen, die weit unterhalb der Kaderreife zum Teil nach denselben Prinzipien trainieren, vom Grundsatz leer ausgehen. Es hat heute im Laufe des Tages noch viel mehr Begründungen gegeben; ich brauche sie nicht zu nennen.

Wir haben daraufhin 1978 ein Hearing in Frankfurt durchgeführt und haben alle Institutionen, von denen wir glaubten, daß sie dazu etwas beitragen könnten, dazu eingeladen, angefangen von den Ministerien bis hin zu den Ländervertretungen, die Kultusministerkonferenz, die Sportministerkonferenz, Spitzenverbände, die Krankenkassen, AOK, also alles, was an den Tisch gehörte.

Wir haben damals mit unseren Überlegungen und Vorstellungen einhellige Begeisterung geerntet. Wir haben sehr prominente Leute gehabt, die für uns in die Bütt gegangen sind - wie es hier im Rheinischen so nett heißt. Auseinandergegangen ist man allerdings mit einem relativ unbefriedigenden Ergebnis: Alle haben zwar ja gesagt, aber alle haben gesagt, sie hätten in ihrem Land den besseren Weg gefunden, so etwas lasse sich nicht umsetzen, ein einheitlicher Untersuchungsbogen fehle, die Länder könnten das Ganze nicht finanzieren, und sie wollten einmal abwarten.

Die Sache wurde vollends problematisch, als sich andere Bereiche des Sports dranhängten. Der Breitensport brauchte plötzlich umfangreiche Untersuchungen für alle, die Breitensport trieben, z. B. für die Einsteiger ab 30; andere Gremien waren da - damit war unser Vorstoß tot.

Wir waren froh, daß der Bundesminister für Jugend, Familie - damals hieß es noch nicht: Frauen - und Gesundheit eine Langzeitstudie aufgelegt hat, als deren Ergebnis wir in diesem Frühjahr einen Fragebogen präsentiert bekommen haben, der augenscheinlich für alle tragbar sein könnte. Darum haben wir von der Deutschen Sportjugend, verstärkt durch Mitstreiter wie Herrn Kindermann - links von mir -, nochmals zu einer Pressekonferenz eingeladen und das Thema nochmals verdeutlicht. Ich hoffe, daß

wir auf diesem Sektor Ihre ganze Unterstützung haben. Sie haben die Argumente dafür gehört, daß wir zumindest im Nachwuchsbereich ein Stückchen weiterkommen.

Vors. Tillmann: Meine Damen und Herren, bitte verstehen Sie meine folgende Bemerkung nicht als eine Kritik, denn es ist nun einmal so: Den letzten beißen die Hunde. Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß die Zeit auf 18.00 Uhr zuläuft. Wir haben hier zwar keine Arbeitszeitbegrenzung, wir haben auch

keine Arbeitszeitverkürzung im Deutschen Bundestag bekommen, aber wir sollten an unsere eigene Gesundheit denken und ein humanes Hearing veranstalten. Deshalb wäre ich dankbar, wenn wir jetzt zügig, kurz und knapp Fragen stellen und Antworten geben könnten.

Dr. Bärsch: Ich hatte Ihre Aufforderung etwas zu eng aufgefaßt und hatte mich nur zur Altersbegrenzung geäußert. Ich will noch etwas zu einigen anderen Dingen sagen und auch Fragen beantworten, die mir gestellt worden sind.

Etwas Allgemeines zuvor: Ich glaube, wir müssen in all das, was bisher gesagt worden ist, ein bißchen Wasser hineingießen; denn ich habe den Eindruck, daß in der Darstellung der wahren Sachverhalte ungewollt ein bißchen Kosmetik eine Rolle gespielt hat, Kosmetik insofern, als man z. B. die Aussagen von zwei, drei oder auch sieben Sportlern hochrechnet und davon ausgeht, daß die Situation von Kindern im Hochleistungssport generell so sei. Das ist nicht der Fall.

Alles, was gesagt worden ist, ist richtig, wenn man nur von sportinternen Kriterien ausgeht. Ich unterstelle allen, die hier am Tisch sitzen und den Sport vertreten, daß sie auch persönlich von den sportinternen Sachverhalten her denken und auch so zu handeln gewillt sind. Was in der Dokumentation "Das Kind im Leistungssport" steht, kann auch vom Deutschen Kinderschutzbund in vollem Umfange akzeptiert werden. Wenn man in allen

Dimensionen so verfahren würde, brauchten wir heute dieses Thema Nr. 4 nicht in dieser Intensität zu behandeln.

Es wird aber nicht so verfahren. Die Realität auch im Sportbund - das habe ich damals schon mit Herrn Weyer besprochen, der das auch, glaube ich, sehr kritisch gesehen hat - wird nicht nur durch Kriterien bestimmt, die vom Sport her entwickelt werden, sondern die Praxis in den sportlichen Betätigungen wird auch durch Außenkriterien bestimmt. Die Außenkriterien sind dadurch entstanden, daß gesamtgesellschaftlich gesehen der sportliche Erfolg - nicht die allgemeine breite sportliche Leistungsfähigkeit - eine hohe massenpsychologische Funktion bekommen hat, und zwar offensichtlich deshalb, weil der einzelne Mensch die Möglichkeit hat, sich mit dem Sieger, mit dem Erfolgreichen zu identifizieren. Das erleben Sie jeden Sonntag auf dem Sportplatz. Das erleben Sie auch in der Art und Weise, wie die Medien überall dort zupacken, wo erfolgreiche Sportler zu präsentieren sind; warum? Offenbar ist das ein wunderbares psychologisches Verfahren gegen das Ohnmachtsgefühl, was so viele in ihrer Situation und der Gesellschaft gegenüber haben. Hier ist gewissermaßen ein Kompensationsprozeß in Gang gekommen. Von daher gesehen haben z. B. die Leute des Kommerz, haben die Leute von den Medien entdeckt, daß hier in der Tat Massen zu beeinflussen sind. Deshalb kommen völlig andere Kriterien in die sportliche Betätigung.

Diese anderen, nicht sportlichen Außenkriterien verfälschen auch den Umgang mit dem Kind. Denn unter vielen Gesichtspunkten wird jetzt auch das Kind in die Suche nach dem künftigen Medaillengewinner einbezogen. Es ist nicht so, daß alle diese Kinder, die in diesen Kegel hineingeraten, dann in jeder Beziehung zu den am besten motivierten gehören. Auch ich habe mich damals mit den Leistungssportlern, die uns vorgeführt worden sind, unterhalten. Diese allerdings gehörten in ihrer Gruppe mindestens zu den sechs Besten.

Große psychische Probleme gibt es erstens bei Kindern, die Schwierigkeiten mit ihrer Schule haben - solche gibt es; die kenne ich in großer Zahl -, und zweitens bei denjenigen, die auf Dauer gesehen nicht dritte, vierte oder fünfte Sieger

werden, sondern nur die 16., 17. oder noch schlechtere Plätze belegen. Diese Kinder werden durch den Sport zusätzlich psychisch belastet; denn auf der einen Seite stehen die Eltern - möglicherweise - und die Trainer, die aus diesem Kind etwas machen wollen, auf der anderen Seite kann das Kind die Erwartungen nicht erfüllen. Das führt zu ganz erheblichen Belastungen. Es gibt mehr Aussteiger, als in den Zeitungen berichtet wird. Es ist auch hier an diesem Tisch gesagt worden, daß es weiterhin diese Aussteiger geben soll.

An dieser Stelle möchte ich die Frage von Herrn Fischer beantworten: Wie sieht es mit der Selbstverantwortung des Kindes aus? In der Tat sind Kinder - je jünger, um so mehr - im wesentlichen extrinsisch motiviert, wie die Fachleute sagen; das heißt, sie sind motiviert durch Personen oder durch Sachverhalte, die von außen kommen. Es ist weiterhin richtig, daß Kinder nur kurzfristig ihre eigene Situation beurteilen können und langfristige Perspektiven für ihr gesamtes Leben in ihre Planungen nicht einbeziehen. Die Kinder sind ganz sicher nicht in vollem Umfange in der Lage, in Selbstverantwortung zu reagieren. Nebenbei: Das ist eine Angelegenheit, die auch vielen Erwachsenen bis ans Ende ihres Lebens nie voll gelingt; aber bei Kindern ist das noch stärker der Fall.

Ich muß deutlich feststellen, Herr Fischer, daß in der Tat die Selbstverantwortung des Kindes in vollem Umfange nicht verfügbar ist, sondern daß die Verantwortung für die Zukunft des Kindes weitgehend bei den Eltern und damit auch bei den Funktionären liegt, die dieses Kind im Sport ausbilden. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Hier muß festgestellt werden, daß in der Tat dort, wo der Durchschnitt agiert - für die Spitzensportler gilt das nicht -, noch immer nicht die volle Qualifikation dafür vorhanden ist, wirklich in Verantwortung für das Kind zu handeln. Aus diesem Grunde muß hier festgestellt werden, daß die Betreuung der Kinder in der Tat nicht optimal ist.

Abschließend sage ich noch einmal: Ich wünschte mir, daß so verfahren würde, wie es in der Erklärung des Deutschen Sportbundes "Das Kind im Leistungssport" steht. So geschieht es in

der Praxis nicht. Die Verbände sollten sich sehr ernsthaft überlegen, ob sie es noch verantworten können, sich von den Außenkriterien so weit bestimmen zu lassen, wie das in der Praxis tatsächlich geschieht. Paracelsus hat im Zusammenhang mit Medikamenten gesagt: Auf die Dosierung kommt es an. Das ist auch das Problem für die Kinder. Viele Kinder werden durch den Sport so in ihrer Entwicklung verengt, daß man von einer ganzheitlichen Förderung nicht mehr reden kann. Es tritt viel zu früh eine Spezialisierung ein, und dies wird sich später in irgendeiner Weise mit Sicherheit auswirken. Wir haben schon eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten vorliegen, die zum Teil von Leuten verfaßt worden sind, die selbst im Leistungssport waren, die dann im Alter von 20, 25 Jahren gemerkt haben, was alles in ihrem Leben schiefgelaufen ist. Dies alles haben sie aber mit 14, 15 oder 16 Jahren selbst nicht erkennen können.

Vors. Tillmann: Wenn Emil Beck noch hier wäre, würde er natürlich sagen, daß er das alles in seinem Teilzeitinternat im Griff hat

(Dr. Bärsch: Ja, natürlich!)

und bestens geregelt hat. Dort werden neben dem Sport auch die Schularbeiten gemacht. Wir wollen das aber jetzt nicht vertiefen. Das mag vielleicht zum Teil auch so sein; sogar sicher.

Herr Professor Hollmann, Sie waren eben angesprochen worden. Wenn Sie das Bedürfnis haben, dazu ergänzend Stellung zu nehmen, haben Sie nun die Möglichkeit, aber bitte nur ganz kurz und knapp.

Dr. Hollmann: Ich habe keine Bedürfnisse.

(Heiterkeit)

Vors. Tillmann: Gut, Ihr Urteil stimmt also mit dem Ihrer Fachkollegen überein.

Dann kommen wir zu den nächsten Fragen.

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Nur ganz kurz: Herr Dr. Montag hat uns nicht das Mindestalter bei internationalen Wettkämpfen mitgeteilt.

Vors. Tillmann: Er hat nur gesagt, wann sie Junioren sind.

Abg. Sauer (Stuttgart) (CDU/CSU): Sie haben nur gesagt, bis zu welchem Alter Hochleistungssport betrieben wird. Mir aber geht es darum, das Mindestalter zu hören.

Ich möchte eine kurze Bemerkung anfügen: Ich bin Verwaltungsratsvorsitzender vom TuS Stuttgart, wo die Tina Riegel herkommt. Das, was Sie gesagt haben, ist so nicht zutreffend. Die Tina Riegel hat sich verletzt, das Bein gebrochen. Weil ihr Bewegungsapparat über Jahre hinweg stark belastet war, hat sie Angst gehabt, die Leistung nicht mehr zu bringen und sich wieder zu verletzen, und hat deshalb aufgehört.

Abg. Clemens (CDU/CSU): Ich hatte heute vormittag nach der praktizierten Altersbegrenzung im Spitzensport gefragt. Nachdem wir hier einige Antworten bekommen haben, möchte ich wenige Sätze anfügen und die Frage stellen: Gibt es Spitzensport bei Kindern unter 14 Jahren?

Herr Professor Bärsch, Sie haben hier gesagt, Sie hielten 16 Jahre als die Mindestgrenze für notwendig. Sie hatten die Zustimmung von Professor Kindermann, der aber hinter die 16 ein Fragezeichen gesetzt hat; er wisse nicht, ob das praktikabel sei. Herr Dr. Frohberger hat gesagt, die biologische Reife sei unterschiedlich. Sie war wohl die Begrenzung. Er hat kein Alter genannt.

Ich möchte gerne die Frage beantwortet haben: Wo ist die absolute Mindestgrenze, und - das frage ich den DSB - gibt es in der Bundesrepublik Deutschland Sportarten, bei denen auch Kinder unter 14 Jahren im Höchstleistungssport eingesetzt werden?

Vors. Tillmann: Ich will da anschließen, wonach Herr Clemens gerade gefragt hat, nämlich an die Frage nach der konkreten Mindestaltersgrenze. Eine weitere Frage: Wenn Sie, meine Herren von den Verbänden, im internationalen Bereich Ihre Auffassungen durchsetzen könnten, wo würden Sie dann die Mindestaltersgrenze festsetzen wollen? Was würden Sie für richtig halten? Die Mindestaltersgrenze, die man jetzt hat, und die, die man aus der Sicht der deutschen Verbände gerne hätte, können ja unterschiedlich sein.

Abg. Büchner (Speyer) (SPD): Herr Pfarrer Mentz hat in seinen schriftlichen Ausführungen zu diesem Thema gesagt: Beim Hochleistungssport können Erwachsene, z. B. Studenten, einmal ein oder zwei Semester sausen lassen und können das irgendwann nachholen. Zwei Jahre Kindheit kann man nirgends nachholen.

Herr Montag hat gesagt - ich stelle das einmal gegenüber -: Wenn Kinder im Hochleistungssport aktiv sind, werden die Bedingungen an die Entwicklungsphase des Kindes angepaßt. Ich bezweifle dies erheblich.

Ich stelle einmal die These auf und bitte Sie um kurze Stellungnahme: Hochleistungssport findet unter den Bedingungen des Hochleistungssports statt, der geprägt ist vom Erwachsenenhochleistungssport. Ich glaube eher, daß die Entwicklungsphasen der Kinder sich anpassen müssen oder angepaßt werden an die Bedingungen des Hochleistungssports und nicht umgekehrt.

Abg. Fischer (Hamburg) (CDU/CSU): Nur eine kurze Ergänzung: Herr Meyer, die Frage vom Kollegen Clemens kann auch so gecheckt werden, daß Sie uns einfach sagen, was bei Ihnen, auf den Listen im BAL, an Athletinnen und Athleten unter 16 Jahren verzeichnet ist.

Vors. Tillmann: A-, B- und C-Kader.

Abg. Fischer (Hamburg) (CDU/CSU): Ja.

Meyer: Aus den Jahrgängen 1974 und jünger sind in den A- bis C-Kadern zur Zeit 51 Kinder - 34 weiblich, 17 männlich - aktiv, insbesondere in den Sportarten Rhythmische Sportgymnastik, Kunstturnen, Tischtennis und Wasserspringen - das sind die Hauptkonzentrationen.

Lassen Sie mich noch eins hinzufügen: Ich halte es nicht für gut, wenn wir uns in erster Linie über das Alter unterhalten. Man kann mit 17jährigen verantwortungslos arbeiten, und man kann mit 13jährigen hervorragend und verantwortungsbewußt arbeiten. Entscheidend sind der Trainingsinhalt, die Trainingsvoraussetzungen und auch die Betreuer - ich glaube, das ist auch bei den Vorträgen der Mediziner entsprechend herausgekommen -; dahin würde ich das Schwergewicht setzen.

Vors. Tillmann: Darf ich dazu noch eine Zusatzfrage stellen? Wenn Sie das so sehen, muß man sehr individuell arbeiten. Bieten dann die Olympiastützpunkte auch eine Chance in diesem Bereich? Herr Montag hat eben gesagt: In Oberstdorf ist das alles prima. Was aber auf den Bundesstützpunkten passiert, wissen wir nicht so genau. Diese Bundesstützpunkte sollen jetzt eingebaut werden in die Olympiastützpunkte. Dann müßte sich dort ja einiges verbessern können.

Meyer: Herr Vorsitzender, wenn Sie mich zwingen, wieder zum Thema Olympiastützpunkt zurückkommen, soll das an meinem Widerstand nicht scheitern. Selbstverständlich ist das so. Wenn entsprechende Voraussetzungen in der täglichen wissenschaftlichen Trainingsbetreuung erbracht werden, wird sich das selbstverständlich auch in der Förderung und Weiterleitung des Nachwuchses, in der Durchlässigkeit usw. entsprechend zeigen.

Lassen Sie mich noch eine tiefe Sorge aussprechen über das, was unterhalb der Olympiastützpunkte passiert. Diese Sorge ist viel berechtigter als das, was jetzt vorgetragen worden ist. Hier hat es vorhin Diskussionen darüber gegeben, - ich glaube, auch im Deutschen Turnerbund -, wer im Kader ist und

wer nicht im Kader ist. Viel entscheidender ist, daß mit gleicher Sorgfalt und mit gleichem Verantwortungsbewußtsein auch in den Kadern der Länder das vollzogen wird, was bei den Spitzenverbänden auf Bundesebene geschieht. Da besteht in der sportmedizinischen Unterstützung, gerade auf diesem Gebiet - da werden die Olympiastützpunkte richtungsweisend sein müssen - ein großer Unterschied. Ich will das jetzt nicht im einzelnen aufzeigen. Aber es gibt durchaus Bundesländer, in denen gerade das Problem des Weges der Jugendlichen hin zu den Kadern der 16-, 17- und 18-jährigen sportmedizinisch noch nicht befriedigend gelöst ist. Vielleicht könnten auch die Vertreter der Parteien über diejenigen, mit denen sie in den entsprechenden Bundesländern zusammenarbeiten, darauf einwirken. Ich möchte das jetzt bewußt nicht aufzeigen, ich könnte hier aber eine Aufzählung mit einer Rangfolge vortragen.

Abg. Fischer (Hamburg) (CDU/CSU): Ich will Ihren Aussagen nicht widersprechen, aber Sie haben meine Neugierde nur teilweise befriedigt. Sie haben eben nur die unter 13jährigen genannt. Ich hatte allerdings nach den Sportlern unter 16 Jahren gefragt. Ich will nur wissen, welche Konsequenzen es hätte, wenn man national oder international eine 16-Jahre-Grenze einführen würde.

Meyer: Herr Fischer, auf diese Neugierde war ich nicht gewappnet. Aber ich kann Ihnen noch die Zahl der 15jährigen nennen: Da kommen noch einmal 27 hinzu. Weitere Zahlen habe ich im Moment nicht hier, aber ich liefere sie Ihnen gerne nach.

Vors. Tillmann: Geben Sie uns die genauen Zahlen schriftlich, Herr Meyer.

Abg. Clemens (CDU/CSU): Ich wollte nur nachhaken. Ich habe eben, als Herr Meyer sprach, gesehen, daß z. B. auch Professor Bärsch genickt hat. Dann würde ich die Herren, also Professor Bärsch, Professor Kindermann und Herrn Dr. Frohberger

- natürlich alle anderen Herren auch -, fragen, ob sie mit der Ausführungen einverstanden sind. Dann gäbe es ja keine Einwände dagegen. Wir haben nach dem Alter gefragt - okay -, und Sie, Herr Meyer, sagen, es komme auf die Entwicklung an. Wenn das von den Fachleuten in diesem Bereich unterstrichen wird, dann können wir nur sagen: einverstanden.

Vors. Tillmann: Es sind noch einmal drei Professoren gefragt worden. Wir müssen sie dann aber auf drei Sätze verpflichten.

Dr. Kindermann: Ich habe sowieso am wenigsten gesagt, ich habe mein Statement noch gut; aber keine Angst, ich will es nicht nachholen.

Vors. Tillmann: Ich bitte Sie, das, was hier gesagt worden ist, war doch nicht böse gemeint.

Dr. Kindermann: Nein, ich bitte nicht mißzuverstehen, auch ich habe ähnlich wie Herr Bärsch die Anfangsfrage damals mißverstanden. Aber, wie gesagt, ich will nichts nachholen. Ich werde mich kurzfassen.

Die Frage, wer innerhalb einer bestimmten Altersgrenze im Kader ist und wer nicht, ist meines Erachtens nicht das entscheidende Problem. Wir sind zunächst von der Frage ausgegangen: Wo soll die Grenze zur Teilnahme am Wettkampf liegen? Wenn wir sagen: Die Grenze liegt bei 16 Jahren, dann ist es durchaus möglich und sogar wünschenswert, daß man schon mit 13 oder 14 Jahren im Kader ist. Denn damit hat man die gesamte Unterstützung, insbesondere auch die sportmedizinische Unterstützung. Was wir eben an Zahlen niedergelegt haben und ausrechnen wollten, geht so nicht. Das ist eine Milchmädchenrechnung. Wir müssen zwei Dinge unterscheiden: einmal die Wettkämpfe mit ihrer Altersbegrenzung und zum anderen die Leistungskader. Hier gilt nach meiner Ansicht: Je jünger, um so besser.

Noch eine kurze Antwort - dann bin ich am Ende - zum biologischen Alter. Ohne Zweifel ist das biologische Alter wichtiger als das kalendarische Alter. Aber: Wir haben schon Dopingbestimmungen, jetzt kommen wir noch mit der Bestimmung des biologischen

gischen Alters. Wer soll denn das bezahlen? Wieviel Geld bleibt noch für die sportwissenschaftliche bzw. für die sportmedizinische Forschung übrig? Wir müssen uns hier an das Praktikable halten und dürfen nicht irgendwelche Potemkinschen Dörfer aufbauen, was nicht zu realisieren ist. Vom Medizinischen ist ganz klar: Die Berücksichtigung des biologischen Alters ist sicherlich besser, aber wir können nicht bei jedem Kind oder bei jedem Jugendlichen das biologische Alter bestimmen. Das ist finanziell nicht machbar.

Vors. Tillmann: Außerdem wäre das auch im internationalen Bereich nicht machbar; denn die biologischen Altersstufen sind überall anders.

Dr. Kindermann: Das wäre schon machbar. International haben wir auch Dopingkontrollen.

(Zuruf: Es gibt Länder, die können das; die verändern den Kalender!)

Vors. Tillmann: Vertiefen wir das nicht! Das wäre ein eigenes Hearing.

(Zuruf des Abg. Clemens (CDU/CSU))

- Nein, es muß schon praktikabel sein. Wir wollen keine Superbürokratie, auch nicht im sportmedizinischen Bereich.

Dr. Frohberger: Diesmal ganz kurz: Ich habe schon vorhin meine Meinung geäußert, daß für den Wettkampf eine Altersgrenze festgelegt werden sollte, nicht aber für die Aufnahme in den Kader - darin stimme ich mit Professor Kindermann 100%ig überein. Das biologische Alter ist aber, meine ich - da stimme ich nicht ganz mit ihm überein -, anhand relativ einfacher äußerer Zeichen, sekundärer Geschlechtsmerkmale, für den erfahrenen Trainer und für den erfahrenen, die Jugend betreuenden Arzt so gut erkennbar, daß sie sagen können, ob das Kind dieser Trainingsbelastung und -intensität gewachsen ist. In diesem Zusammenhang halte ich das biologische Alter für wichtig.

Vors. Tillmann: Das ist klar. Ich glaube, Herr Kindermann hatte auch nur den Wettkampf gemeint. Daß das biologische Alter

im Training berücksichtigt werden muß, ist, glaube ich, überhaupt keine Frage.

Dr. Bärsch: Wenn ich genickt habe, bezog sich das auf die Feststellung, daß man auch einen 17jährigen oder einen 22jährigen recht falsch behandeln kann. Das hat Herr Meyer gesagt, und da habe ich ihm zugestimmt, daß es also altersunabhängig ist, wie viele Fehler man macht.

Ich will nun ganz konkret zu den anderen Dingen etwas sagen. Die Mindestaltersgrenze sollte nicht nur über biologische Sachverhalte definiert werden, sondern - ich wiederhole - sie muß auch über die grundsätzliche biographische Situation des jungen Menschen festgestellt werden, die durch das bestimmt ist, was die Gesellschaft im Bereich des Ausbildungsprozesses vorgibt. Außerdem ist die Mindestaltersgrenze auch soziologisch festzulegen und zwar insofern, als der junge Mensch rein soziologisch auch das erfahren muß, was sich im Jugendalter in dieser Gesellschaft entwickelt. Das heißt, zwei Dinge sind besonders wichtig: Einem muß sich der junge Mensch mit seinesgleichen im Sinne des Probeverhaltens ausprobieren und sich auch Orientierungsversuche leisten können, zum anderen muß er sich auch ganz allein gewissermaßen im Sinne einer Spielhandlung ausprobieren können. Wenn dies, wie Herr Büchner, in dieser Zeit nicht geschieht, kann das nicht mehr nachgeholt werden. Das stellen viele etwa 15 Jahre später tatsächlich als großes Manko fest.

Zacharias: Zu den gestellten Fragen: Es gibt Spitzensport bei Kindern unter 14 Jahren. Ganz konkret geantwortet. Bei den Kurturnerinnen gibt es Junioren-Europameisterschaften mit der Altersbeschränkung: 12 Jahre im Wettkampffahr.

Zur Frage von Herrn Tillmann, wo nach unserer Meinung die optimale Grenze läge, muß ich sagen: bei 16 Jahren. Das war unser Antrag; wir stehen auch dazu. Nur hilft uns das nicht weiter. Wenn es Junioren-Europameisterschaften gibt und wenn wir dadurch unsere Athleten auf die Weltmeisterschaften vorbereiten können, müssen wir das tun. Schaffen wir diese aber ab - was wir gerne tun würden -, während es im Ostblock weiterhin die Spartakiade gibt, dann sind die anderen Teilnehmer im Vorteil, wir im Nachteil. Es kommt also immer auf dasselbe heraus. Wenn wir mithalten wollen, müssen wir auch an diesen Wettkämpfen teilnehmen.

Zur Frage von Herrn BÜchner muß ich leider für unseren Bereich - das gilt nicht unbedingt für unsere Athleten, sondern für die Sportart - klipp und klar sagen: Es erfolgt eine Anpassung an die Leistung der Erwachsenen - ich habe das vorhin ganz klar gesagt -; die Junioren-Europameisterin ist mit 14 Jahren so ausgebildet, daß sie morgen Weltmeisterin werden kann.

Dr. Montag: Ich möchte die Fragen so beantworten, wie sie gestellt worden sind.

Zu Tina Riegel wollte ich Ihnen sagen: Sie saß die letzten drei Stunden, bevor sie aufgehört hat,

bei mir zu Hause zusammen mit ihrem Partner, ihrem Trainer und ihren Eltern. Ich kann Ihnen also versichern, daß es sicher nicht die Verletzung war; denn die war bereits ausgeheilt. Es war also nicht der Leistungsdruck, sondern - ich habe wirklich alles erfahren, was letztlich eine Rolle gespielt hat - sie wollte nicht mehr, nicht, weil sie Angst hatten. Sie war nicht mehr zu motivieren. Sie hätte mit der Leistung, die sie gezeigt hat, zu der damaligen Zeit ohne weiteres eine Medaille gewinnen können, aber sie war nicht mehr zu motivieren.

Was das Mindestalter der Junioren betrifft - ich will das ganz konkret sagen -: Damen von 12 bis 16 und Herren von 12 bis 18 Jahren. Ab 14 Jahren können sie bei den Senioren am Wettbewerb teilnehmen. Wenn Sie sich aber ihr Alter

anschauen, stellen Sie fest: Es ist keiner in diesem jugendlichen Alter je bei einem Seniorenwettbewerb gewesen, weil sie von der Aufteilung der Bewertung her in ihrem Alter natürlich überhaupt keine Chance haben, in die vorderen Ränge zu kommen. Deswegen machen sie es nicht.

(Fischer (Hamburg) (CDU/CSU): Auch im Paarlauf nicht?)

- Auch im Paarlauf nicht. Das hat sich ja auch geändert.

Herr Tillmann, Sie haben mich vorhin gefragt - vielleicht kann ich das jetzt gleich in diesem Zusammenhang beantworten -: Was wünschen Sie sich denn? Wir haben uns damals gewünscht, als diese Vater/Kind-Paare aufkamen, daß der internationale Verband sofort eine Regel erläßt, daß Größen- und Altersunterschiede dieser Art als negativ zu bewerten und mit Abzügen zu belegen sind. Seit dieser Zeit - das sehen Sie ja - hat sich das praktisch in eine ganz andere Richtung entwickelt.

Ein anderer Wunsch, den wir haben und auf den wir immer wieder hinweisen, ist, daß die Medien nicht so große Einflüsse auf die Wettkampfzeiten bei der Masse der Veranstaltungen haben ^{- wie} es heute schon angesprochen worden ist - _{nicht} und die Kinder/nachts um elf oder um halb zwölf ihre Kür laufen müssen; denn die Besten laufen am Schluß. Am Schluß ist es dann elf oder halb zwölf. Da kann man in diesem Alter keine Leistung mehr erbringen. Sie haben mich darauf angesprochen; ich wollte das nur gesagt haben.

Sie haben gesagt: Wird der Erwachsenenleistung angepaßt. Das kann man bei uns nicht sagen; denn wenn einer im eigentlichen Sinne erwachsen ist, dann kann er nicht mehr eiskunstlaufen, dann ist er praktisch weg vom Fenster. Dann gibt es nur noch Eistanzen. Im Eistanzen sind sowieso die Älteren von Hause aus vorne. Da gibt es keine größeren Schwierigkeiten.

Was die Identifikation mit dem Sport betrifft: Ich meine, das machen wir mit. Gewinnt jemand, dann heißt es in der Öffentlichkeit: Wir haben gewonnen; und verliert jemand und ist zweiter oder dritter, dann heißt es: Die Flasche hat verloren. Da ist ein Kind natürlich ganz besonders schwer dran; denn es hat keine Möglichkeit, sich zu artikulieren _{sich} oder/zu wehren. Da bedarf es natürlich eines ganz besonderen Schutzes durch den Verband.

Weil wir vom Verband sprechen: Ich habe meinen Sportdirektor mitgebracht, der selber den Eiskunstlauf mitgemacht hat und mehrfach Deutscher Meister im Eiskunstlauf war. Ich glaube, daß er dazu sicher auch noch einiges zu sagen hätte - wenn es die Zeit erlaubt.

Krick: Ich möchte mich kurz fassen. Ich selber war 13 Jahre Leistungssportler. Ich sage Ihnen ganz ehrlich: Ich würde wieder in der gleichen Sportart anfangen, aber früher. Das sage ich ganz bewußt.

(Abg. Fischer (Hamburg) (CDU/CSU): Was heißt "früher"?)

- Früher an Jahren. Ich habe etwas spät angefangen und bin deswegen erst mit 24 ausgestiegen.

(Abg. Büchner (Speyer) (SPD): Sagen Sie einmal

im Alter ^{die Jahre!})

- Ich bin/von 11 bis 24 Jahren gelaufen. Das ist für die Sportart einfach zu spät gewesen. Nach dem, was ich heute weiß, was an Möglichkeiten geboten werden kann und was die Olympia-Stützpunkte - ich bin da fast sicher - an Betreuungsmöglichkeiten bieten, hätte ich ohne irgendwelche Probleme früher laufen können.

Die Sorge, die ich hier artikulieren möchte - deswegen habe ich mich noch einmal zu Wort gemeldet -, bezieht sich für mich persönlich nicht auf die Frage der Altersbegrenzung, sondern auf die Frage: Was passiert mit den Kindern, die sich unterhalb dessen befinden, worüber Sie alle hier nachgedacht haben, nämlich in der unteren Leistungsschiene, der Schiene noch unterhalb des D-Kaders? Dort sind in der Betreuung so wenig Möglichkeiten gegeben, daß in vielen, vielen Fällen die Kinder in den Leistungssport gehen, weil sie es wollen. Sie nutzen alle Möglichkeiten und kommen dann zu uns in einen Bereich hinein, wo zu viele Fehler gemacht worden sind, auf der unteren Schiene. Ich nenne, Herr Sauer, nur die Frühspezialisierung, ein Problem der Tina Riegel. Sie ist an der Frühspezialisierung mit absoluter Sicherheit kaputtgegangen.

Wenn wir es fertigbringen, den Schulsport in eine Größe hineinzubringen, daß er den Kindern einen Unterbau gibt, wenn wir es fertigbringen, in den Sportvereinen ein vielfaches Angebot an allgemeinen Sportteilen herauszubringen, daneben eine leichte Spezialisierung im unteren Kindesalter einzuführen und die medizinische Betreuung parallel/laufen zu lassen, dann haben wir überhaupt keine Probleme mit der Altersgrenze; denn dann bekommen wir Kinder, die völlig gesund sind, die optimal bis zu dem Punkt betreut wurden, von dem an sie überhaupt einmal

an einen Wettbewerb, an eine Meisterschaft denken.
Dann passiert es nicht, daß Jugendliche mit 16, 17, 18 Jahren vom unteren Aufbau herrührende Fehler oder leichte oder schwere körperliche Schäden/haben, die nicht mehr reparabel sind.
Das ist der Punkt, wo man ansetzen muß. Ich glaube, dann haben wir alle gewonnen; dann ist überhaupt kein Problem mehr gegeben: ob Verletzungen, ob Altersgrenze, ob irgend etwas anderes. Dort unten muß man aufbauen.

Ich hoffe nur, daß in den Olympia-Stützpunkten diejenigen, die ... und den unteren Bereich des Leistungssports durchlaufen, an all dem partizipieren, was für den Hochleistungssport gedacht ist; denn das sind die Kinder, die in vier, fünf, sechs Jahren im Hochleistungssport sind. Sie tun gut daran, dorthin zu gehen; dort werden sie gut betreut.

Ochs: Zu den Wünschen, die Herr Krick soeben geäußert hat, hätte Emil Beck sicherlich gesagt: Der Schule mißtraue ich zwar etwas, die breite Grundlagenausbildung aber haben wir bei uns bestens geregelt.

Aber nun noch ein Wort - ich möchte es nicht untergehen lassen, Herr Büchner - zu dem, was Sie vorhin geäußert haben. Sie haben Herrn Pfarrer Mentz zitiert und haben von zwei Jahren verlorener Kindheit gesprochen. Im Zusammenhang mit der bereits erwähnten Erstellung der Grundsatzklärung "Kinder im Leistungssport" hat ein Symposium mit einer Anhörung in Frankfurt stattgefunden. Dort sind Turnerinnen gewesen, die zu diesem Zeitpunkt gerade in der Turnschule waren. Für uns alle war es hoch interessant, Herr Bärsch sagt, auch er sei dabeigewesen. Vielleicht hat jeder etwas Besonderes herausgenommen.

Ich habe / ^{folgendes} für mich Interessante herausgenommen. Die Mädchen haben dort gestanden, wußten eigentlich gar nicht so recht, was sie dort sollten, und wurden dann von einer Menge von Pädagogen gefragt nach dem Motto: Was machst du

denn so den ganzen Tag? Wie oft trainierst du denn? Wenn du bei Kaderlehrgängen einmal bis zu sechs Stunden trainierst, ist das etwas Schlimmes? Macht dir das nichts aus? -Nein, das macht mir nichts aus. -Ja, möchtest du denn nicht einmal gerne mit einer Freundin in die Disco gehen? -Nein. -Möchtest du nicht einmal ins Theater gehen? -Auch kein Interesse dran; und so fort. Wir wußten alle nicht so recht, was wir damit anfangen sollten.

Dies hat für mich den Grundstein einer längeren Recherche bedeutet. Es gibt ^{auch} inzwischen/wissenschaftliche Arbeiten darüber. Ich bin heute der Überzeugung, daß es, sagen wir einmal: so etwas Ähnliches wie eine Sportlerpersönlichkeit gibt, d. h. eine Persönlichkeit, die ich im Bereich des Musizierens nicht gewesen bin. Ich habe mit sechs Jahren angefangen, Geige zu spielen. Mein Musiklehrer schrieb mir in mein Heftchen: Mit sechs Stunden täglichen Übens wird nichts erreicht; ein Spruch von einem Etüdenschreiber namens Arthur Seybold. Als wir fortgezogen sind - ich war zehn Jahre alt - habe ich die Geige in die Ecke gehängt. Ich war keiner von der Sorte.

Im Bereich des Hochleistungssports oder auf dem Wege dorthin gibt es viele Leute mit besten Erfolgen, die keinen Karriereabbruch haben, die eine gute, kontinuierliche Leistungsentwicklung haben und irgendwann aufhören. Es gibt andere, denen macht das nichts aus. Ich vergleiche sie mit Managern, die 16 Stunden in der Führungsetage sitzen und Tag und Nacht schaffen, mit Wissenschaftlern im Labor, die 18 und 20 Stunden dort sitzen. Wenn man fragt: Fehlt dir kein Theater?; dann sagen sie: Nein, es fehlt mir nichts. Sie sind eigentlich zufrieden. Vielleicht muß so etwas - ich vermute das so, es gibt auch Untersuchungen in ^{dieser} / Richtung - irgendwo im Menschen angelegt sein. Die würde ich einmal ausklammern. Das ist ein ganz, ganz geringer Prozentsatz; das sind vielleicht die 60 bis 100, die wir vorhin einmal angesprochen haben. Vom Grundsatz her glaube ich aber, daß

Kinder so lange im Leistungssport bleiben, solange er ihnen Spaß macht, solange er ein Feld von Bewährung, von Abenteuer ist, solange er nicht in ermüdende Tätigkeiten ohne Freude mündet. Solange vor allen Dingen Aussicht auf Erfolg - dieses Prinzip - besteht, so lange ist Leistungssport für sie ein großes Lernfeld, wo man auch mit Niederlagen leben kann und muß.

Dies ist eine Anmerkung, die ich an den Schluß setzen möchte: Ich glaube, unser Sportfördersystem gibt jungen Menschen zu wenige Möglichkeiten, Niederlagen zu erleben und zu kompensieren. Meine Meinung im Ruderverband war, bei sechs Länderkämpfen am liebsten mit sechs unterschiedlichen Jugend-Nationalmannschaften an den Start zu gehen, damit jeder einmal eine Chance hatte. Statt dessen ist man sechsmal mit einer gegangen. Wer hinausgegangen ist, ist endgültig hinausgegangen.

Im Prinzip sieht es so aus - ich will nur das Stichwort "Bundestrainerbesoldung" nennen -, daß es sich ein Trainer nicht leisten kann, Leute, die mehrfach durchfallen, immer wieder hochzuholen. Er nimmt diejenigen, die am erfolgreichsten sind. Das bringt ihm im Endeffekt nämlich eventuelle Münze. Mit anderen Worten: Leistungssport als Lernfeld und als Feld der Bewährung muß erhalten bleiben. Dann ist die Altersgrenze, glaube ich, gar nicht mehr so furchtbar wichtig.

Meyer: Wirklich nur kurz: Heute morgen hat der Abgeordnete Baum gefagt - die Antwort bin ich ihm noch schuldig, die Information hätte ich noch geben sollen - nach der Vielzahl der Meisterschaften - Europameisterschaften, Weltmeisterschaften - im frühen Jugendalter und im Schüleralter.

Die Bundesregierung fördert nach großer Übereinstimmung mit dem Bundesausschuß Leistungssport des Deutschen Sportbundes keine Schülerwelt- und keine Schülereuropameisterschaften

und in einigen Sportarten wie Ringen, Gewichtheben und ähnlichem auch keine Meisterschaften der Jugendlichen. Ich glaube, diese Information sollte ich noch geben. Es ist Ausfluß dieser gemeinsamen Überlegung, daß hier bewußt gehemmt wird, um die Vielzahl der internationalen Wettbewerbe zurückzudrängen.

Vors. Tillmann: Ich bedanke mich bei allen, die heute hier mitgewirkt haben, natürlich insbesondere bei den Sachverständigen, die uns mit ihrem Sachverstand, mit ihren Beiträgen sehr geholfen haben. Danken möchte ich auch den Kollegen, die noch ausgeharrt haben. Ich bedanke mich bei denjenigen, die uns organisatorisch unterstützt haben, insbesondere bei unseren Stenographinnen und Stenographen, bei unseren Mitarbeitern.

Wir haben einen langen Tag hinter uns. Wenn ich das so recht betrachte, hätten wir eigentlich aus jedem dieser vier Komplexe ein ganzes Hearing machen können. Es sollte uns für die Zukunft vielleicht eine Lehre sein, Herr Kollege Büchner - der Kollege Nelle ist jetzt nicht mehr da -, daß man bei der Anlage solcher Anhörungen im Vorfeld vielleicht etwas bescheidener agiert. Eine Anhörung z. B. zum Thema Kinder im Leistungssport wäre schon ein lohnendes Unternehmen für sich allein gewesen. Das soll jetzt aber keine Kritik an uns selber sein. Ich glaube schon, daß wir heute sehr viel gewonnen haben.

Selbst ein clevererer Vorsitzender, als ich es bin, wäre jetzt wohl nicht in der Lage, angesichts dieser vier Komplexe, die wir behandelt haben, schon ein Fazit zu ziehen. Deshalb will auch ich das nicht versuchen. Es hat auch keinen Sinn mehr, das jetzt noch zu tun, schon der Zeit wegen.

Damit schließe ich diese Sitzung.

(Schluß: 18.14 Uhr)