

Zur Berufsethik in der Sportmedizin

Einleitung

Der moderne Sportbetrieb ist eng mit dem Begriff des Dopings verknüpft. Es vergeht fast keine Woche, in der nicht aus einer Sportart ein neuer Dopingfall berichtet wird. Bisher unklar ist in dem dann meist beginnenden Spiel aus Verdächtigung, Anklage und Nichtverantwortlichkeit, welche Rolle die Sportwissenschaft dabei spielt. Im allgemeinen lassen sich im Verhältnis von Sport und Sportwissenschaft zwei verschiedene Funktionsweisen erkennen:

- A) Eine *regulative* Funktion: Gestützt auf eine phänomenologische Beschreibung erscheint „der Sport“ als ein von den Griechen bis heute z.T. nur wenig verändertes Handlungsgeschehen. Aus dieser (*essentialistischen*) Perspektive kann der „alte Sport“ auch ohne die „jungen Sportwissenschaft“ existieren (was umgekehrt eher bezweifelt wird), woraus folgt: Der Sportwissenschaft wird eine unterstützende und begleitende Aufgabe im aktuellen Sportbetrieb zugewiesen.
- B) Eine *konstitutive* Funktion: Kennzeichnend für die inhaltliche Bestimmung „des (modernen) Sports“ ist nicht die phänomenale Bewegungsbeschreibung, sondern die jeweilige zeitgebende Sinnbestimmung sportlicher Aktionen. Aus dieser (*strukturellen*) Perspektive gibt es nicht den a-historischen Sport in einer unterschiedlichen sozialen Welt, sondern diese hat prägende Bedeutung für das, was wir jeweils „Sport“ nennen, woraus folgt: der Sportwissenschaft wird eine konstitutive Rolle im modernen, technologisch gestützten Trainings- und Wettkampfbetrieb zugewiesen.

Entsprechend dieser unterschiedlichen Funktionszuweisungen erscheint auch die Verantwortlichkeit der Sportwissenschaft in Dopingaffären in einem unterschiedlichen Licht:

- Für Anhänger von A ist das Doping gleichsam eine Sache, die in der Welt des Kommerz die eigentlich gesunde Sportpflanze befallen hat. Aufgabe der Sportwissenschaft und speziell der Sportmedizin ist es, ihr Wissen so einzusetzen, daß der Schaden möglichst gering bleibt und langfristig vermeidbar wird.
- Für Anhänger von B ist die Dopingproblematik keine externe Krankheit des Sports, sondern sie ergibt sich aus dem Selbstverständnis, den strukturellen Bedingungen des modernen Leistungssports.

Mit der Dopingfrage steht damit nicht nur die Glaubwürdigkeit des Sports zur Disposition, sondern sie ist auch zu einem Maßstab für das *wissenschaftliche* Denken in der Sportwissenschaft geworden. Je nach dem, ob es sich auf

das Modell A oder B bezieht, entwickelt sich auch ein unterschiedliches Verantwortungsbewußtsein.

Mit Bezug auf zwei beispielhafte Stellungnahmen von namhaften Sportmedizinern soll im folgenden exemplarisch verdeutlicht werden, inwieweit implizite Deutungsmuster - in diesem Fall das Modell A in Verbindung mit dem Hippokratischen Eid - zu einer gefährlichen Selbstüberschätzung der Sportmedizin in wissenschaftsethischen Auseinandersetzungen führen können und damit die dringend benötigte Interdisziplinarität bei der Ausarbeitung eines Berufsethos der Sportwissenschaft unterlaufen wird.

Erstmals öffentlich wurde dieser berufsethische Dissens zwischen Allgemeiner Sportwissenschaft und Sportmedizin anlässlich eines Anti-Doping-Beschlusses der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs) auf dem ersten gesamtdeutschen Kongreß 1991 in Oldenburg.

1. *„Doping im Leistungssport ist heute kein Merkmal verschiedener politischer Systeme, auch wenn diese es jeweils unterschiedlich ermöglichen. Es ist*

- *zum einen sowohl Ausdruck eines individuellen Denkens, das sportlichen Erfolg um jeden Preis favorisiert,*
- *zum anderen Kennzeichen einer modernen Gesellschaft, in der Medienrelevanz, Professionalisierung und Kommerzialisierung ebenso wie politische Indoktrination eine lebensbestimmende Bedeutung haben.*

2. *Die Sportwissenschaft ist in doppelter Weise als Mitwisser und Mittäter in das Dopingproblem involviert:*

- *zum einen schafft sie durch Forschung die Grundlagen für ein dopinggestütztes Training,*
- *zum anderen ist eine effektive dopinggestützte Trainingspraxis nur durch ihre Mithilfe möglich.*

3. *Aus dieser doppelten Mitwirkung ergibt sich auch eine doppelte Verantwortung:*

- *zum einen sind Sportwissenschaftler verpflichtet, ihr direktes und indirektes Fachwissen über trainingsunterstützende Maßnahmen nicht als private Erkenntnis, sondern als ein öffentliches Gut anzusehen,*
- *zum anderen kann man von ihnen erwarten, daß sie ihr Wissen so einsetzen, daß kein anderer durch ihr Handeln Schaden nimmt." (dvs-Information 4/1991)*

Bemerkenswert und sicherlich nicht zufällig ist, daß wenige Tage später einige renommierte deutsche Sportärzte öffentlich gegenüber dieser, mit großer Mehrheit

angenommenen Resolution, Stellung bezogen. U.a. erklärte ein Sportmediziner (A)<sup>1</sup>:

*„Neu ist für mich die Stellungnahme des Vorstandes der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, in der sie sich erlaubt, der Sportmedizin Vorschriften für ihr ethisches Verhalten zu machen. Ich finde es schon kränkend, wenn nicht sogar beleidigend, daß ich mir von Ihnen und von Ihrem Vorstand vorhalten lassen muß, daß ich mich an das Prinzip des „Nicht-Schadens“ zu halten habe. Es ist ein Grundprinzip ärztlicher Ethik und ein Verband der selbst nicht über ethische Grundlagen und eine Ethikkommission verfügt, erdreistet sich, Ärzten, die ganz anderen Zwängen der Ethik unterliegen, so etwas ins Papier zu schreiben. Ich möchte Sie auch daran erinnern, daß die Sportmedizin keine Teildisziplin der Sportwissenschaft ist, sondern die Sportmedizin gehört in die Medizinischen Fakultäten. Wir sind Ärzte und wir entstammen diesen Fachrichtungen und nicht der Sportwissenschaft.“*

Sportmediziner (B)<sup>2</sup>:

*„Die Grundlagen für Doping im Training entstammen nicht aus der Sportwissenschaft, auch nicht aus der Sportmedizin. Aller Erfahrung nach ist Doping bisher immer so gelaufen, daß von seiten der Sportler mögliche dopingwirksame Medikamente einfach nach dem „trail and error-Prinzip“ ausprobiert wurden. Die Sportmedizin/Sportwissenschaft hat sich dann meist hinterher um die möglichen Wirkungen und auch Nebenwirkungen dieses Problems gekümmert ... die Forschung ist, wie immer, wertneutral. Die Frage, was dann daraus gemacht wird, ist nicht den Forschern anzulasten. Den Forschern, die die Atomspaltung entdeckten, ist schließlich auch nicht anzulasten, daß hieraus eine Atombombe entstanden ist, ...“*

- 3a) Wie die beiden Textauszüge erkennen lassen, fühlen sich beide Sportmediziner durch die allgemeine Dopingdiskussion nicht dazu herausgefordert, auch das eigene Handeln selbstkritisch zu überdenken. Gestützt auf die längst obsolet gewordene Trennung in „wertneutrale Forschung“ und „gesellschaftspolitische Anwendung“ von Forschungsergebnissen sowie auf das traditionsreiche „Ethos des Heilens“ gehen sie davon aus, jene „Hausaufgaben“ längst gemacht zu haben, die die junge Sportwissenschaft übereifrig einklagt. - Eine ethische Selbstgefälligkeit, die nicht nur fahrlässig ist, sondern auch profitabel sein kann, wie eine genauere Analyse der Argumentationsfigur zeigt.

## **1. Die Einheit von Medizin und Ethik - eine alte Tradition**

<sup>1</sup> Die Namen sind dem Autor bekannt, aber für den Sachverhalt unerheblich und deshalb anonymisiert.

<sup>2</sup> Siehe auch 1.

### 1.1 Das Ethos des Heilens

„Medizin und Ethik wissen voneinander, sie sind nicht fremd, betrachtet man die Medizingeschichte“ (SASS, H. M. 1989, 5). Anders als viele moderne Wissenschaften ist die Medizin in ihrem Handeln, insbesondere als Meisterlehre des Helfens und Heilens, immer mit der Frage nach den ethischen Grenzen im Spannungsfeld von praktischem Können und moralischem Sollen konfrontiert. Auch dem Laien ist der Hippokratische Eid bekannt, der eine wichtige Orientierung bei der Fixierung des Berufsethos der Mediziner darstellt. Die Anwendung des professionellen Wissens allein zum Nutzen des Patienten, niemals zu seinem Schaden, das Verbot der Euthanasie, die Selbstverpflichtung zu einem anständigen beruflichen Lebenswandel oder die Schweigepflicht sind Prinzipien, die noch heute, nach über 2000 Jahren, gelten und weiterführende Verpflichtungen wie das Genfer Ärztegelöbnis<sup>3</sup>, die Helsinki-Tokio-Deklaration zur bio-medizinische Forschung<sup>4</sup> sowie verschiedene Standesethiken beeinflusst haben. Zentraler Gedanke dabei ist, daß das angesammelte Wissen auch der modernen Apparatemedizin letztlich immer nur zum *Wohle des Patienten* eingesetzt und sowohl eigene Interessen (z.B. Forschungsinteressen) als auch soziale oder politische Interessen der Gesellschaft diesem Wohle des Patienten unterzuordnen sind. Dabei wird nicht nur eine eindeutige Asymmetrie im Wertverhältnis von Arzt und Patient in Kauf genommen, sondern sie ist auch seitens des Patienten einklagbar. So gilt die Hilfsverpflichtung des Arztes, z.B. gegenüber einem Lungenpatienten, auch dann uneingeschränkt, wenn dieser den Anforderungen des Arztes nicht nachkommt (z.B. weiterhin raucht). Anders als in fast allen übrigen Lebensbereichen, die durch ein Wechselverhältnis von Geben und Nehmen, Rechten und Pflichten, Vorleistungen und Nachforderungen bestimmt werden, ist die Hilfsverpflichtung des Arztes gegenüber dem Patienten unabhängig von Effizienz- und Nützlichkeitsüberlegungen einseitig bindend. Ergänzt durch die Aufforderung, diese Auffassung jeder Zeit und an jedem Ort zum obersten Gebot allen Handelns zu machen, läßt sich damit ein Berufsethos erkennen, das nicht nur über Jahrtausende gewachsen ist, sondern das auch sehr umfassende Verpflichtungen hinsichtlich des beruflichen und öffentlichen Lebens eines Berufsstandes beinhaltet.

### 1.2 Das Ethos des Forschens

Eine andere Dimension erhält die berufsethische Diskussion jedoch, wenn man sie nicht nur unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses Arzt - hilfsbedürftiger Patient analysiert, sondern die Medizin als *Wissenschaft* betrachtet. Im Bemühen, die Heilungsprozesse zu optimieren, ist die Medizin, wie jede andere empirische Wissenschaft, auf Untersuchungen angewiesen, die letztlich immer nach dem „trail and error-

---

<sup>3</sup> Vgl. SASS 1989, 355f

<sup>4</sup> Vgl. SASS, 1989, 366-370

Prinzip" verlaufen. Das heißt, bei aller Wertschätzung des Patienten als hilfsbedürftiger Person, wird der Arzt, insbesondere wenn er gleichzeitig auch medizinischer Forscher ist, herausgefordert, sein Hilfsinstrumentarium permanent zu verbessern. D.h. aber auch, den Patienten nicht nur als Subjekt, sondern auch als Untersuchungsobjekt anzusehen. - Dieser Aspekt, der insbesondere die moderne pharmakologisch und gerätetechnisch bestimmte, medizinische Forschung tangiert, hat u.a. zur Helsinki-Tokio-Deklaration von 1975 geführt. Sie versucht, normative Aussagen zu Gunsten des Patienten unter Abwägung des Nutzens und der Risiken von Anwendungsmethoden und Heilverfahren zu fixieren. Ein zentraler Gedanke ist dabei die Freiwilligkeit des Patienten und die Informationspflicht des Mediziners über möglicherweise auftretende Störungen des Wohlbefindens im medizinischen Forschungsprozeß beim Patienten, sowie die Transparenz des Untersuchungsablaufes und der Ergebnisse. Das heißt, so könnte man schlußfolgern, auch hier im Grenzbereich von Mensch, Technik und Chemie hat die Medizin schon früh die Zeichen der Zeit erkannt und in Fortführung berufsethischer Sensibilität Grenzpflocke gesetzt sowie ethische Wegmarkierungen für den Forschungsprozeß am Menschen plazierte.

Würde man den berufsethischen Diskurs allein auf solche normativen Sollensmuster beziehen, hätte die Medizin weit vor den meisten anderen empirisch arbeitenden Wissenschaften ihre Hausaufgaben gemacht und nicht wenige Mediziner gehen auch selbstbewußt von einer solchen Position aus. Meist übersehen wird dabei, daß die Ethik nicht nur normative Sollenssätze formuliert (dies ist eher die Funktion von Moral), sondern immer auch im Sinne Immanuel Kants die „Bedingung der Möglichkeit“, also die *Voraussetzungen* moralischen Handelns analysieren muß. Aus dieser Perspektive kann vieles von dem, was in den Sätzen der Medizin-Ethik mit „sollte“ und „müßte“ abgefaßt ist, kritisch hinterfragt werden. Im zweiten Teil soll aus einer solchen *Ethikperspektive*, also einer *Theorie der Moral*, auf zwei Begriffe eingegangen werden, die sowohl im Medizindiskurs, als auch in der Sportmedizin von besonderer Bedeutung sind: die Begriffe „Wissen“ und „Risiko“.

## **2. Zu den Voraussetzungen eines Berufsethos für Medizin**

### **2.1 Der Begriff „Wissen“**

Prinzipiell gilt: die freiwillige Zustimmung eines Patienten ist eine unveräußerliche Minimalbedingung in einem medizinischen Versuch, wobei der Patient ein Recht auf umfassende Information besitzt. Faktisch relativiert sich dieses unterstellte Recht eines patienten-dominanten Entscheidungsprozesses jedoch u.a. durch zwei Aspekte: Zum einen durch die körperlichen und seelischen Bedingungen, in denen ein Patient sich meistens befindet und zum anderen durch den eingeschränkten Wissenshorizont des Patienten als

Laien gegenüber den Zusammenhängen und Folgen eines medizinischen Versuchs. Die Tatsache, daß das Wissen in der technologischen Welt immer weniger aus direkter Erfahrung erwächst, sondern sich zunehmend in *Wissenssystemen* akkumuliert,<sup>5</sup> der Wissenszuwachs oft so groß ist, daß häufig nur eine Datentechnik die Wissenstechnik erfassen kann, verändert auch die zentrale Frage der medizinischen Ethik, die Frage der *Handlungsautonomie* und *Entscheidungsfreiheit* der *beteiligten Personen* im vernetzten Wissenssystem der modernen Medizin. Das heißt, im Ethikdiskurs der Medizin wird bei der Frage des Berufsethos oft noch ein klassischer Wissensbegriff (hinsichtlich der Entscheidungsfreiheit des Patienten) benutzt, der sich auf ein raum-zeitlich erfaßbares Erfahrungswissen bezieht, obwohl die meisten Handlungsspielräume in medizinischen Versuchen nur im Rückgriff auf komplexe Wissenssysteme beurteilt werden können. Somit kommt es immer darauf an, inwieweit in einem Dialog zwischen Arzt und Patient, d.h. bei der Übersetzung der Expertenkultur in die Trivialität des Alltags, auch jene „doppelte Wahrheit“, die erst den Sinn von wissenschaftlichen Versuchen rechtfertigt, der *Erfolg* und das *Scheitern* von Untersuchungen in gleichberechtigter Weise aufbereitet wird, d.h. der Arzt auch bereit ist, zum „advokatos diaboli“ seiner eigenen Forschungsinteressen zu werden. Besonders prekär wird dies jedoch dann, wenn die Täuschung des Subjekts zum Wesen des Experiments gehört (z.B. statistisch bei Kontrollgruppen und Placebo-Anordnungen). Anders als bei einem Gesunden, der einem solchen Vorgang vielleicht problemlos zustimmen kann, ist dies bei einem Kranken. Er darf annehmen, optimal behandelt zu werden, wobei sich oft nur ein schmaler Grad ergibt zwischen dem unverzichtbaren „bona fides“ des behandelnden Arztes und den Interessen des Forschungssystems „Medizin“, das den Gütekriterien exakter empirischer Wissenschaften, einschließlich der „Versuch-Irrtum-Methode“, entsprechen möchte. Es wird deutlich:

*„Das Experiment im klassischen Sinne wurde durch die Naturwissenschaften sanktioniert und die haben es mit leblosen Objekten zu tun. Sobald lebende, fühlende Wesen Versuchsobjekte werden ... wie dies in der medizinischen Forschung geschieht, verliert die Suche nach Erkenntnis in doppelter Weise ihre wissenschaftsmoralische Unschuld“.*

(JONAS 1989, 232)

## 2.2 Der Begriff „Risiko“

Der Begriff „Risiko“ ist ebenso ein relativer Begriff wie der Begriff des „Wissens“. Er ergibt sich meist oder in Zusammenhang mit Problembewältigungen, wobei man zwischen *einfachen* und *reflexiven* Problembewältigungen unterscheiden kann:

---

<sup>5</sup> Vgl. dazu u.a. MITTELSTRASS 1992, LENK 1992 u.a.

- Einfache Problembewältigungen finden immer dann statt, wenn ein Individuum in einem raum-zeitlich-erfahrbaren Handlungsfeld nach lebensweltlichen Regeln und Erfahrungswissen seine Handlungen organisiert. Risiken entstehen in diesem Kontext durch Mißachtung oder absichtliche Gefährdung der als gut, richtig oder sinnvoll angesehenen Handlungsregeln.
- Deutlich von dieser Ebene einfacher Risikobewältigungen ist jene Stufe der Erkenntnisgewinnung zu unterscheiden, die als reflexive Problembewältigung bezeichnet werden kann. Sie ergibt sich überall dort, wo das subjektive, konkrete, reale Erfahrungswissen eines Subjektes nicht ausreicht, sondern sie nur über reflexive Analysen der Voraussetzungen, Umstände und Folgen von Handlungen, also durch distanzierte Reflexion erarbeitet werden kann.

### 3. Der Sportmediziner - oder die Chance zu verantwortungsfreiem Experimentieren

Die besondere Rolle der Sportmedizin liegt darin, daß sie, worauf insbesondere HOLLMANN hinweist, „ein kompliziertes Dreiecksspiel zwischen dem Arztdasein mit hohem humanem und ethischem Anspruch, dem Einsatz der ihm zugeordneten Technik und der Eigenart des Sportlers als dem „gesunden Patienten“ betreibt“. (1989, 73)

Ich möchte diesem Dreiecksverhältnis im Sinne der oben gestellten Aufgabe noch einen vierten Aspekt hinzufügen: Die *Bedingungen*, unter denen der Sportler als „gesunder Patient“ handelt - die *strukturellen (technologischen) Voraussetzungen* des Handlungssystems „Leistungssport“. Dieser ist nicht nur ein besonderer Handlungsbereich, in dem der „gesunde Patient“ freiwillig solange leistungsorientiert handelt, wie es ihm Spaß macht, sondern es ist immer auch ein Handeln, insbesondere im Training und Wettkampf des Hochleistungssports, das bestimmten *Systemvorgaben* unterliegt. Systemvorgaben wie raum-zeitliche Ausgrenzung, Leistungsmaximierung, eigenes Rechtssystem, spezifische Handlungsregeln etc., die den Wissenschaften, die diesen Prozeß begleiten, nicht nur effizienzorientierte Pflichten, sondern auch einmalige Chancen bieten: Diese Wissenschaften können, oft unbeschwerter als in der zunehmend verrechtlichten Alltagswelt die Dynamik moderner Technologie<sup>6</sup>, die letztlich nur die virtuelle Unendlichkeit des Fortschritts kennt, in dem nach oben offenen Handlungssystem anwenden. Da dabei das maximale Leistungsprinzip des Sports nur selten zu einem relativen wird<sup>7</sup>, gibt es auch in vielen Sportdisziplinen keine

<sup>6</sup> Unter Technologie wird hier im Sinne von LENK (1982) die Verknüpfung von Wissenschaft und Technik verstanden, die im 20. Jahrhundert eine bisher erst ansatzweise erfaßte Dynamik entwickelte.

<sup>7</sup> Anders als im Skispringen, wo ein Wettkampf beim Erreichen einer kritischen Weite von einer tieferen Luke fortgeführt wird, gibt es in den Rekordsportarten keine Grenzmarkierungen, ist es nicht verboten, z.B. 7 m hoch Stabhoch zu springen oder 400 m in 41 sec. zu laufen.

prinzipiellen Stopregeln auf der Handlungsebene von Wettkampf und Training hinsichtlich individueller Leistungssteigerung. Für die Sportwissenschaft allgemein, aber auch für die Sportmedizin im besonderen ergeben sich daraus verführerische Konsequenzen, auf die mit Blick auf drei Aspekte kurz eingegangen werden soll:

### 3.1. Der Adressat „gesunder Patient“

Anders als in den übrigen Spezialgebieten der Medizin hat es die Sportmedizin in der Regel mit einem „gesunden Patienten“ zu tun, der nicht den Wunsch hat, geheilt zu werden, sondern seine Leistung mit Hilfe von medizinischem Wissen zu steigern. Daraus ergibt sich eine Adressatenänderung, die insbesondere immer dann von Bedeutung ist, wenn es um die Frage geht, welche Mitbestimmungsrechte der Patient „Leistungssportler“ bei der Gestaltung des leistungsfördernden Programms hat. Wie einleitend dargestellt wurde, hat sich das Berufsethos der Medizin, ausgerichtet am kranken Patienten, darauf eingestellt, im Zweifelsfall dem Willen des Patienten zu folgen (bis an die Grenze, hinter der eine eindeutige Schädigung des Patienten unterstellt werden kann). Diese Ausgangsposition dreht sich beim gesunden Leistungssportler gleichsam um: dadurch, daß Schädigungen oft nicht oder nur zeitlich verspätet festgestellt werden können und der Sportler im Sinne der Leistungssteigerung die aktive Mitwirkung des Mediziners erwartet, kann der Mediziner auch mit weniger Rücksicht auf das „bona fides“ als *experimenteller Wissenschaftler* agieren.

### 3.2. Die Risikobereitschaft

Der Umstand, als Mediziner experimentell arbeiten zu können, verbessert sich zusätzlich im System „Leistungssport“, weil im Gegensatz zum kranken Patienten der Leistungssportler nicht risikoscheu, sondern in der Regel risikobereit ist. Neben individualpsychologischen Bedingungen liegt dies vor allem an den *konstitutiven* Merkmalen wettkampfsportlicher Eigenwelt. Sie schaffen Bedingungen, bei denen unter Beachtung der Handlungsregeln risikohafte Situationsbewältigungen möglich bzw. notwendig sind. D.h., es wird auf der Ebene einfacher Problembewältigung im Wettkampfsport etwas zum Ziel, was in der Alltagswelt meist die zu vermeidende Ausnahme darstellt.

### 3.3 Raum-zeitliche Trennung von Handlungsumständen

Unterstellt man weiterhin, daß die Leistungssteigerung in den meisten Sportarten nur noch unter Rückgriff auf ein sehr komplexes Wissen möglich ist, das in den oft über Monate bzw. Jahre angelegten Trainingsplänen nicht mehr über ein schlichtes Erfahrungswissen des Patienten „Leistungssportler“ kontrolliert werden kann, wird deutlich: Die raum-zeitliche Spreizung von Ursache und Wirkung macht den Leistungssportler als gesunden „Patienten“ wissensmäßig

abhängig von einer Expertenkultur. Eine Voraussetzung, aus der sich eine *besondere Versuchung* für die Sportmedizin ergibt:

- Meist ohne die Belastung einer Verpflichtung zur Heilung und bemüht um Reputation gegenüber der Allgemeinen Medizin bzw. ihrer Spezialdisziplin, kann sie sich in besonderer Weise als *experimentelle* Wissenschaft exponieren.
- Der schmale Pfad, der sich im allgemeinen in der Medizin ergibt, der einerseits bestimmt wird durch die Hoffnung des *kranken* Patienten auf Hilfe und die Forderung nach systematischer „*trail and error-Forschung*“ andererseits, wird in der Sportmedizin zu einer „*Forschungsautobahn ohne Geschwindigkeitsbegrenzung*“, wesentlich bestimmt durch die speziellen Bedingungen der Sonderwelt des sportlichen Wettkampfes wie:
  - raum-zeitliche Ausgrenzung aus der Alltagswelt,
  - eindeutiger Code Sieg-Niederlage,
  - spezifische Regeln und Rechtsvorschriften,
  - „unbegrenzter“ Optimierungswunsch des „gesunden Patienten“,
  - Risikofreude der Akteure ... etc.,

Es zeigt sich damit: Die Sportmedizin besitzt innerhalb der Medizin eine exklusive Stellung, da sie, kaum eingeschränkt auf die prinzipielle Verpflichtung zum Heilen, weitgehend unbelastet dem Forschungsparadigma folgen kann.

Wer diesen, durch den „Forschungsgegenstand“ der Sportmedizin sich ergebenden Sonderstatus übersieht und bei der eingangs gestellten Frage nach der Forschungsverantwortung auf das historisch gewachsene Berufsethos verweist sowie eine allgemeine humanistische Verpflichtung zum Heilen beschwört (wie die einleitend zitierten Sportmediziner), verkennt die ethische Brisanz, die sich allgemein in der Grundlagenforschung und speziell in jener zum Menschen und damit auch im Wettkampfsport seit einiger Zeit abzeichnet.

#### 4. Handlungsfolgenabschätzung - die weitreichende Verantwortung der experimentell arbeitenden Sportmedizin

##### 4.1 Das „System Wettkampfsport“

Faßt man das bisher Dargelegte zusammen, zeigt sich der Wettkampfsport als ein spezifischer Gegenstand. Durch die Verknüpfung der Systeme

- *Wissenschaft* mit ihrem zentralen Bemühen um Wahrheitsfindung (Code: wahr/falsch)
- *Technik* mit ihrem Streben nach Effektivität (Code: nützlich/unnützlich)
- *Wettkampfsport* mit den Steigerungsimperativen *citius, altius, fortius* (Code: Sieg/Niederlage)

- *Wirtschaft*, orientiert an den Maßstäben des Mehrwertes (Code: Gewinn/Verlust)

konnte sich der moderne Hochleistungssport als eine der letzten Enklaven „grenzen-losen“ Fortschrittsdenkens behaupten, wobei unklar ist, wer in dieser „Eigenwelt des Sport“ Wegweiser aufstellt, ob es Bremsklötze gibt, wie sie aussehen könnten, und wer sie installiert.

#### 4.2 Das „Forschungslabor Wettkampfsport“

Der technisch-wissenschaftlich gestützte Wettkampfsport ist für die beteiligten Wissenschaften nicht nur Optimierungsauftrag, sondern immer auch Forschungsexperiment. Das bedeutet jedoch, daß die klassischen Charakteristika von Experimenten (wahr/falsch Überprüfungen, Ermittlungen von Ursachen/Folgen und Beachtung der Untersuchungsgrenzen, z.B. Laborbedingungen etc.) im Wettkampfsport modifiziert auftreten:

- Das „Labor“ des Sports ist das soziale Feld mit der Konsequenz: die Wettkampfforschung hat keine fixierbaren Grenzbedingungen (Trainingsvorlauf, Wettkampfspätfolgen ... etc.)
- Die Wahr/Falsch-Analyse des Experiments schließt Unfälle (z.B. der Tod der Leichtathletin Birgit Dressel) prinzipiell nicht aus - sie gehören im Sinne des *trail-and-error*-Denkens der Wissenschaft zum Fortschrittskonzept.
- Durch die zunehmende zeitliche Spreizung von Handlungsursachen und Wettkampffolgen vergrößert sich einerseits die Komplexität der Handlungsbedingungen und -folgen, andererseits relativiert sich die auf Selbstbegrenzung angelegte Verantwortung der Wissenschaft. Aus den prinzipiellen Risiken des Forschungsvorganges werden allgemeine Risiken der Wettkampfwelt, bei denen die Verantwortung wie auf einem Güterbahnhof verschoben werden kann.

#### 4.3 Die Verantwortung des Sportmediziners für den Forschungsprozeß

Der Herausforderung durch die vernetzten Ursache-Folgebedingungen im Wettkampfsport steht keine oder nur eine traditionelle Wissenschaftler-Ethik der Sportwissenschaft gegenüber. Sie ist gekennzeichnet durch die Vorstellung, wissenschaftliche *Forschungsprozesse* und praktische *Anwendungsprozesse* lassen sich in Bewertungssituationen grundsätzlich trennen. Eine traditionalistische Vorstellung, wie sie auch die eingangs genannten Sportmediziner erkennen ließen.

Im Gegensatz dazu ist die aktuelle „Risikoforschung“ in anderen Wissenschaften inzwischen wesentlich beeinflusst worden durch Bemühungen, jene traditionelle Verantwortungstrennung der Wissenschaft aufzuheben und um eine Handlungsfolgen-Ethik zu ergänzen. Damit eine solche

Form von Wissenschaftsverantwortung jedoch nicht nur eine abstrakte Glaubensaussage über die Zukunft bleibt (wie z.B. die Grundsatzklärung des DSB zum Kinderleistungssport), ist es notwendig, sie als *funktionalistische* Wissenschaftsethik zu entwickeln. Ihr wesentliches Merkmal ist die Bindung des Verantwortungsbegriffs an die Frage der jeweiligen *Steuerbarkeit* und *Kontrollmöglichkeit* der einzelnen Stufen des Forschungs- und Anwendungsprozesses<sup>8</sup>. Ein Vorhaben, das jedoch nur dann realisiert werden kann, wenn es auch zu einem echten Dialog zwischen der Sportmedizin und der Sportsoziologie, -philosophie und -pädagogik kommt. Das würde bedeuten, die Sportmedizin muß sich auch für die Folgen verantwortlich zeigen, die sich aus der allgemeinen und ihrer speziellen Laborforschung ergeben. Sieht man die Resolution der dvs von 1991 in Oldenburg als einen ersten Wegweiser dafür an, dann hätte die aktuelle Dopingdiskussion längst zu konkreter Kontaktaufnahme führen müssen. Wenn sie bisher nicht zustande kam, dann ist das nicht nur ein Versäumnis der Sozialwissenschaften des Sports, die ihre „Hausaufgaben“ nicht gemacht haben, sondern auch das Ergebnis eines überholten, gegenstandsunangemessenen, mitunter selbstgefällig vertretenen Berufsethos der Sportmedizin.

#### Anhang (1)

##### Die doppelte Verantwortung der Sportwissenschaft Oldenburger Erklärung zum Doping im Hochleistungssport

Zum Doping im Hochleistungssport gab die Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs) auf dem Hochschultag im September 1991 in Oldenburg folgende Erklärung ab:

1. Doping im Leistungssport ist heute kein Merkmal verschiedener politischer Systeme, auch wenn diese es jeweils unterschiedlich ermöglichen. Es ist
  - zum einen sowohl Ausdruck eines individuellen Denkens, das sportlichen Erfolg um jeden Preis favorisiert,
  - zum anderen Kennzeichen einer modernen Gesellschaft, in der Medienrelevanz, Professionalisierung und Kommerzialisierung ebenso wie politische Indoktrination eine lebensbestimmende Bedeutung haben.
2. Die Sportwissenschaft ist in doppelter Weise als Mitwisser und Mittäter in das Doping-Problem involviert:
  - zum einen schafft sie durch Forschung die Grundlagen für ein dopinggestütztes Training,
  - zum anderen ist eine effektive dopinggestützte Trainingspraxis nur durch ihre Mithilfe möglich.

---

<sup>8</sup> Vgl. dazu auch SPINNER 1991, 1987 sowie FRANKE 1995

3. Aus dieser doppelten Mitwirkung ergibt sich auch eine doppelte Verantwortung:

- zum einen sind Sportwissenschaftler verpflichtet, ihr direktes und indirektes Fachwissen über trainingsunterstützende Maßnahmen nicht als private Erkenntnis, sondern als ein öffentliches Gut anzusehen,
- zum anderen kann man von ihnen erwarten, daß sie ihr Wissen so einsetzen, daß kein anderer durch ihr Handeln Schaden nimmt.

4. Für den einzelnen Wissenschaftler bedeutet das zweierlei:

- zum einen ist er aufgefordert, jede Art von Forschung zu unterlassen, die den Menschen nicht als Ziel, sondern als bloßes Mittel mißbraucht,
- zum anderen soll er sich überall dort einmischen, wo im Namen oder mit Hilfe der Sportwissenschaft die Unversehrtheit des Menschen aufs Spiel gesetzt wird.

5. Für die DVS ergibt sich daraus, daß sie durch Personen, die ihr angehören und das Wissen, das diese verkörpern, zu einer scheinbar widersprüchlichen Intervention im modernen Sportbetrieb bereit sein muß:

- zum einen ist es ihre Aufgabe, überall dort den Wettkampfsport zu reformieren, wo dies noch sinnvoll erscheint,
- zum anderen muß sie jedoch ebenfalls bereit sein, sich für die Preisgabe jenes Sportbetriebes einzusetzen, dessen Praxis zu inhumanen Trainingsformen führt bzw. längst geführt hat.

Für die sportwissenschaftliche Forschung an den Hochschulen ergeben sich daraus folgende Konsequenzen:

- Forschungsprojekte im Hochschulbereich, insbesondere Drittmittelprojekte, müssen ausnahmslos der universitären Selbstkontrolle unterstellt werden (d.h. sie sind antrags- und zustimmungspflichtig gegenüber universitären Selbstverwaltungsgremien);
- Forschungsverfahren und Forschungsergebnisse müssen offengelegt werden sowie deren mögliche Risiken für die hiervon Betroffenen unterliegen der Mitverantwortung der Forschenden (d.h. jede Forschung muß eine Folgenabschätzung ihrer Ergebnisse mit einschließen);
- Forschungskollegien sollten sich verpflichten, all jene zur Rechenschaft zu ziehen, die nachweislich dopinggestützte Trainingspraxen durch ihr Wissen möglich werden lassen (d.h. verantwortungsbewußte Wahrheitssuche muß wichtiger sein als standesgemäße Kollegialität).

#### Literatur

Bette, K.H. (Hrg.) (1994): Doping im Leistungssport - sozialwissenschaftlich beobachtet. Stuttgart.

- Court, J. (1994) Kritik ethischer Modelle des Leistungssports. Köln. dvs-Information (4/1991): Informationsheft der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft. Hamburg.
- Franke, E. (1995): Ethische Probleme sportlicher Höchstleistung und ihrer Wissenschaft. In: Krug, J./Minow, H.-J. (Hrg.): Sportliche Leistung und Training. St. Augustin 1995, 49-66.
- Franke, E. (1994): Dopingdiskurse: Eine Herausforderung für die Sportwissenschaft. In: Bette, K. H. (Hrg.) Doping im Leistungssport - sozialwissenschaftlich beobachtet. Stuttgart: 67-99.
- Franke, E./Richartz, A. u.a. (1991): Der Hochleistungssport in der Risikogesellschaft und seine ethische Herausforderung. In: Bührle, M./Schurr, U. (Hrg.): Leistungssport-Herausforderung für die Sportwissenschaft. Schorndorf, 292-300.
- Franke, E. (1989): Sportler-Ethik als Charakter-Ethik oder Handlungsfolgen-Ethik? In: Allmer, H./Schulze, N. (Hrg.): Sport und Ethik. Grundpositionen. Brennpunkte der Sportwissenschaft 3, 34-53.
- Franke, E. (1984) : Sportethik oder Sportlerethik - Eine sportphilosophische Problemskizze. In: Akademieschrift. DSB Berlin: 19: 27-42.
- Hollmann, W. (1989): Ethische Gefahren im Hochleistungssport - Reflexionen aus sportmedizinischer Sicht. In: Allmer, H./Schulz, N. (Hrg.): Sport und Ethik. Grundpositionen. Brennpunkte der Sportwissenschaft. 3: 72-83.
- Jonas, H. (1989): Humanexperimente. In: Sass, H. M. (Hrg.), 232-253.
- Jonas, H. (1985): Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung.
- Kant, I. (1968): Grundlegung der Metaphysik der Sitten. In: Kants Werke (Akademie Textausgabe Bd. IV). Berlin: 385-464.
- Kant, I. (1968): Kritik der praktischen Vernunft. In: Kants Werke (Akademie Textausgabe Bd. V) Berlin, 1-164.
- Lenk, H. (1982): Zur Sozialphilosophie der Technik. Frankfurt/M.
- Lenk, H. (1992): Zwischen Wissenschaft und Ethik. Frankfurt/M.
- Mittelstraß, J. (1992): Leonardo-Welt. Über Wissenschaft, Forschung und Verantwortung. Frankfurt/M.
- Sandkühler, H. J. (1987) : Rechte des Menschen und Moralität in der Wissenschaft - Humanismus, Wahrheit, Fortschritt. In: Dialektik. Beiträge zur Philosophie und Wissenschaften. Bd. 14. Köln: 27-58.
- Sass, H. M. (1989) : Medizin und Ethik. Stuttgart
- Spinner, H. F. (1991): Die Wissenschaftsethik in der philosophischen Sackgasse. Ein Reformvorschlag mit geänderter Fragestellung. In: Lenk, H. (Hrg.) (1991): Wissenschaft und Ethik. Stuttgart, 151-174.
- Spinner, H. F.(1987) : Moral oder Methode? Zur zweiten Ordnung der Wissenschaft aus vergleichender Sicht von Wissenschaftssoziologie und Wissenschaftsphilosophie untersucht an Mertens „wissenschaftlichem Ethos“. In: Dialektik. Bd. 14. Köln: 74-109
- Willimczik, K. (1989) : (Irr)Wege einer Ethik der Sportwissenschaft. In: Spektrum der Sportwissenschaft. 1: 5-25

Anschrift:

Prof. Dr. Elk Franke  
Humboldt-Universität zu Berlin  
Institut für Sportwissenschaft  
Konrad-Wolf-Str. 45  
13055 Berlin