



Michael Krüger · Stefan Nielsen · Christian Becker · Lukas Rehmann

Sportmedizin zwischen Sport, Wissenschaft und Politik – eine deutsche Geschichte

XVI. Weltkongress für Sportmedizin vom 12.-16. Juni 1966 in Hannover

Ich halte es für angezeigt, daß der Herr Bundespräsident die Schirmherrschaft über den Weltkongreß für Sportmedizin in Hannover übernimmt. Ferner befürworte ich das Gesuch des Präsidenten des Deutschen Sportärztebundes, daß der Herr Bundespräsident ein Grußwort für die Festschrift zur Verfügung stellt und nach Möglichkeit den Kongreß am 12. Juni 1966 persönlich eröffnet.

Zur Begründung darf ich anführen, daß Deutschland auf dem Gebiet der Sportmedizin führend gewesen ist und sich nunmehr eine Entwicklung anbaut, in der dieses durch die jüngere Vergangenheit in Mitleidenschaft gezogene Prestige in fachlich qualifizierter und kollegialer Zusammenarbeit mit den Sportmedizinern in aller Welt zurückgewonnen wird. So haben sich zu dem Weltkongreß in Hannover bereits die profiliertesten Wissenschaftler aus der UdSSR, den USA

Quelle: Bundesarchiv Koblenz, B 122/5265, Bd IV, Bundespräsidialamt

Michael Krüger · Stefan Nielsen · Christian Becker · Lukas Rehmann

Sportmedizin zwischen Sport, Wissenschaft und Politik – eine deutsche Geschichte

Ein Forschungsprojekt zur Geschichte der Sportmedizin

Schriftenreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaft 2019 | 03

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Herausgeber:

Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp)
Graurheindorfer Str. 198
53117 Bonn
www.bisp.de

Ansprechpartner:

Dr. Marc Wonneberger
Tel. +49 228 99 640 9041
E-Mail: marc.wonneberger@bisp.de

Krüger, Michael; Nielsen, Stefan; Becker, Christian; Rehmann, Lukas

Sportmedizin zwischen Sport, Wissenschaft und Politik – eine deutsche Geschichte

Ein Forschungsprojekt zur Geschichte der Sportmedizin

Sportverlag Strauß, Hellenthal – 1. Aufl. 2019.

(Schriftenreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, Bd. 2019,03).

ISBN 978-3-86884-713-0

© SPORTVERLAG Strauß

Neuhaus 12 – 53940 Hellenthal

Fon (+49 2448) 247 00 40 - Fax (+49 2448) 919 56 10

E-Mail: info@sportverlag-strauss.de

<http://www.sportverlag-strauss.de>

Satz & Layout: Sportverlag Strauß, Hellenthal
Umschlag: Mike Hopf, Berlin
Umschlagillustration: Bundesarchiv Koblenz
Herstellung: druckhaus köthen GmbH & Co KG, Köthen
Printed in Germany

Vorwort

Die institutionalisierte Sportmedizin ist eine Sportmedizin, die einem steten Wandel ausgesetzt war und ist. Ein Wandel, der sich zwischen den Polen Sport, Wissenschaft und Politik abspielt und immer wieder durch gesellschaftliche Entwicklungen beeinflusst wurde. Eine dieser Entwicklungen war die Vergabe der Olympischen Sommerspiele 1972 nach München. Im Zuge der Vergabe der Spiele wurde auch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft gegründet und mit seiner Gründung die Sportmedizin ein bedeutender inhaltlicher Teil des Bundesinstituts.

Ausgangspunkt für das vorliegende Forschungsprojekt waren unter anderem Erkenntnisse aus dem umfassenden Forschungsprojekt zur westdeutschen Dopingvergangenheit mit dem Titel „Doping in Deutschland von 1950 bis heute aus historisch-soziologischer Sicht im Kontext ethischer Legitimation“ (Kurztitel: Doping in Deutschland). Es zeigte sich innerhalb dieses Forschungsprojekts, dass die Rolle der Sportmedizin und seiner Protagonisten in der behandelten Thematik eine besondere war und es einer weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung bedurfte. Das Ergebnis dieser weitergehenden Bearbeitung liegt dem Leser nun in Form dieser Publikation vor. In dem fast dreijährigen Projektzeitraum ist es dem Forscherteam gelungen, die Entwicklung der Sportmedizin in Westdeutschland und zudem in einem eigenen Kapitel die Entwicklung der Sportmedizin in der DDR kritisch-historisch zu beschreiben. Für die westdeutsche Sportmedizin erfolgte dies auch ausdrücklich für den Zeitraum nach der Wiedervereinigung.

Vor diesem Hintergrund soll nochmals betont werden, dass der Zeitraum nach der Wiedervereinigung auch im Forschungsprojekt „Doping in Deutschland“ von der Arbeitsgruppe der Universität Münster umfangreich bearbeitet wurde. Der Forschungsanteil der Münsteraner Arbeitsgruppe deckt dabei den gesamten Projektzeitraum ab und kommt zu wesentlichen Ergebnissen, die für die Bewertung der Dopingvergangenheit Westdeutschlands nach der Wiedervereinigung von Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang sei zudem auf die ausführlichen Gutachten der „Evaluierungskommission Freiburger Sportmedizin“ verwiesen, die auf einer vergleichbaren Quellenbasis den Zeitraum nach der Wiedervereinigung ebenfalls ausführlich ausweisen. Zusammengenommen können die nun vorliegenden Ergebnisse für eine weitere Stärkung zukünftiger Dopingpräventionsarbeit Berücksichtigung finden.

Die Geschichte der Sportmedizin und deren Entwicklung wurden im vorliegenden Band aus einer sporthistorischen Perspektive beschrieben und umfangreich dargelegt – besonderer Dank gilt hierfür Herrn Prof. Krüger. Seiner hervorragenden Arbeit ist es zu verdanken, dass dieses umfassende und erkenntnisreiche Werk entstehen konnte.

Über die Wiedergabe sporthistorischer Ergebnisse hinaus soll diese Publikation daher die Möglichkeit für weiterführende Fachdiskussionen und damit auch einen hilfreichen Beitrag für eine zukünftige Ausrichtung der Sportmedizin im Allgemeinen bieten.

Mein Dank gilt Herrn Professor Krüger und seinem Team und ich wünsche diesem Band die ihm gebührende Verbreitung.

Ralph Tiesler

Direktor des Bundesinstituts für Sportwissenschaft

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

	Abbildungsverzeichnis	11
	Tabellenverzeichnis	15
	Forschungsansatz und Zusammenfassung	19
(1)	Die Entwicklung der organisierten Sportmedizin seit 1950	29
1	Einleitung: Professionalisierung und Legitimation einer Querschnittsdisziplin.	31
2	Der Deutsche Sportärztebund als sozialpolitischer Akteur bis 1970	33
3	Der Deutsche Sportärztebund als Ausbildungsverband bis 1970	38
3.1	Selbstbild eines Sportarztes im Kontext adäquater Ausbildung	39
3.2	Erste Qualifizierungsmaßnahmen: das „Sportarzt-Diplom“	40
3.3	Das Sportarzt-Diplom als „kleiner Weiterbildungsweg“ ab 1970	46
3.4	Die praktische Umsetzung der Aus-, Fort- und Weiterbildung	48
3.4.1	Bundeskurse	54
3.4.2	Die Sportärztelehrgänge in Freudenstadt/Schwarzwald als „Urform“ der DSÄB-Bundeskurse	56
3.4.3	Die Lehrgänge mit der Bundesärztekammer als Signal einer Aufwertung der Sportmedizin ..	59
3.4.4	Die Folgen von Davos: Verlust der Deutungshoheit in der Prävention	60
4	Der DSÄB als Aus- und Fortbildungsverband seit 1970	64
4.1	München 1972 und die Folgen für die organisierte Sportmedizin	66
4.2	Die Fokussierung des DSÄB auf die Fort- und Weiterbildung	68
4.3	Die Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ seit den 1970er-Jahren als standesrechtliche Anerkennung	71
4.4	Approbationsordnung und Facharzt: Debatten um eine weitere fachliche Aufwertung der Sportmedizin bis 1990	79
4.4.1	Die Bemühungen um eine Einbeziehung der Sportmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte	80
4.4.2	Die Initiativen für den Facharzt bis zur Wiedervereinigung	87
5	Die organisierte Sportmedizin in der Bundesrepublik nach der Wiedervereinigung	90
5.1	Zusammenschluss der Sportärztebünde der DDR und der BRD	90
5.1.1	Problem der Anerkennung und der Qualifikationen: die Umsetzung der Integration	92
5.1.2	Der Einfluss der Dopingproblematik auf das Image der Sportmedizin	96
5.2	Die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ seit 1990	98
5.3	Die Aufnahme in die Ärztliche Approbationsordnung seit der Wiedervereinigung	106
5.4	Initiativen für einen Facharzt für Sportmedizin nach 1990	113
5.4.1	Zwischen Hoffnung und Resignation: die Debatten um den Facharzt in den 1990er-Jahren ..	113
5.4.2	Namensänderung und Debatten um die Zukunft der Sportmedizin	118
6	Die Sportmedizin im Geflecht öffentlicher Aufgaben am Beispiel der sportärztlichen Untersuchungen	122

6.1	Anfänge der sportmedizinischen Beratung und Untersuchung in den 1950er- und 1960er-Jahren.	123
6.2	Sportmedizinische Beratung und Untersuchung seit 1970	125
7	Schlussbetrachtung.....	138
8	Quellen und Literatur	142
(2)	Die bundesdeutsche Leistungsmedizin im Spannungsfeld von Leistung und Gesundheit, Doping und Anti-Doping seit Anfang der 1970er-Jahre	155
1	Einleitung	157
1.1	Quellen und Literatur	158
2	Weiterentwicklungen des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystems ...	159
2.1	Das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem bis Mitte der 1980er-Jahre. .	159
2.2	Neukonzeptionierungen des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystems. .	162
2.3	Defizitanalyse und Überarbeitung des Systems in den 1990er-Jahren	164
3	Die Leistungsmedizin in Politik und Staat	167
3.1	Reden über Sportmedizin: Parlamentarische Vorgänge zur Leistungsmedizin	168
3.2	Zahlen für die Sportmedizin: Bundesmittel für die Leistungsmedizin.....	175
4	Die Rolle der Leistungsmedizin in Doping und Anti-Doping	177
4.1	Sportmedizin zwischen Gesunderhaltung und Leistungsmaximierung: Entwicklungslinien ...	178
4.2	Die Freiburger Sportmedizin	183
4.3	Vom Umgang der Sportmedizin mit Dopingenthüllungen.....	186
5	Zusammenfassung und Ausblick	192
6	Quellen und Literatur	193
(3)	Die Entwicklung der Sportmedizin in der DDR.....	197
1	Einleitung	199
2	Quellenlage.....	199
3	Die Institutionalisierung der Sportmedizin in der DDR.....	201
3.1	Die Sektion Sportmedizin im Wissenschaftlich-Methodischen Rat (WMR)	202
3.2	Der Sportmedizinische Dienst der DDR (SMD)	204
3.2.1	Der Beschluss über die Reorganisation der Sportmedizin in der DDR.....	204
3.2.2	Gründung des SMD.....	206
3.2.3	Aufgaben des SMD	206
3.2.4	Struktur der Leitung des SMD.....	207
3.2.5	Sportärztliche Hauptberatungsstellen (SHB).....	211
3.2.6	Sportärztliche Kreisberatungsstellen und sportärztliche Beratungsstellen in den Kreisen... .	215
3.2.7	Verbandsärzte des DTSB	216
3.2.8	Sektionsärzte des DTSB	217
3.2.9	Leiter der sportmedizinischen Bereiche in den bewaffneten Organen	218

3.2.10	Statistiken	218
3.3	Das Institut für Sportmedizin an der DHfK (ISM).....	219
3.4	Das Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport in Leipzig (FKS)	224
3.5	Das Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa (ZI).....	225
3.6	Die Gesellschaft für Sportmedizin der DDR (GSM)	228
3.6.1	Aufgaben der GSM	229
3.6.2	Struktur der GSM.....	230
3.6.3	Internationale Verbindungen der GSM.....	232
3.6.4	Neuausrichtung der GSM.....	233
3.6.5	Mitgliederstatistik der GSM.....	235
3.7	Zwischenfazit	235
4	Die Etablierung der Sportmedizin als eigenständige Fachdisziplin.....	236
4.1	Facharzt für Sportmedizin	236
4.1.1	Spezielle Kenntnisse der Fachrichtung Sportmedizin	237
4.1.2	Kenntnisse aus anderen Fachrichtungen	240
4.1.3	Weiterbildung zum Facharzt für Sportmedizin	241
4.1.4	Absolventenvermittlung.....	244
4.2	Anerkennung zum Sportarzt	245
4.3	Sportmedizin an den Universitäten und Hochschulen	246
4.4	Zwischenfazit	247
5	Die Ebenen der sportmedizinischen Betreuung	248
5.1	Allgemeine sportmedizinische Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung	248
5.2	Sicherung des Gesundheitsschutzes bei Massen- und Sportveranstaltungen	251
5.3	Sportmedizinische Betreuung des Kinder- und Jugendsports	251
5.4	Einheitliche Sichtung und Auswahl (ESA).....	253
5.5	Sportmedizinische Betreuung in den Trainingszentren und -stützpunkten	254
5.6	Sportmedizinische Betreuung der Leistungssportler.....	261
5.7	Sportmedizinische Betreuung der Versehrten Sportler.....	262
5.8	Zwischenfazit	264
6	Impuls: Sportmedizin und Doping	264
7	Zusammenfassung	265
8	Quellen und Literatur	270
(4)	Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft und die sportmedizinische Forschungsförderung seit 1970.....	273
	Vorbemerkung	275
1	Einleitung	275
2	Neuorientierung sportwissenschaftlicher Forschung: auf dem Weg zum Bundesinstitut für Sportwissenschaft.....	277
2.1	Die Hinwendung zur Leistungssportförderung in den 1960er-Jahren als Ausgangspunkt der Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft	277
2.2	Die Rolle der Sportmedizin in den Planungen der Bundesregierung	279

2.3	Sport als Mittel staatlicher Repräsentation: sportpolitische Initiativen der Bundesregierung	280
2.4	Zentralisierung der Sportförderung: die „Bundeszentrale für Sport“	283
2.5	Auf dem Weg zum „Bundesinstitut“: Verteilungskämpfe um die Neukonzeption der (Leistungs-) Sportförderung zwischen BMI und DSB	285
2.6	Weitere sportpolitische Maßnahmen des Bundes	294
2.6.1	Erhöhung der Bundesmittel für den Leistungssport	294
2.6.2	Die Etablierung der „Deutschen Sportkonferenz“ als Koordinierungsgremium für den Sport	296
2.7	Zwischenfazit	297
3	Staatliche Sportförderung durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft	299
3.1	Die Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft im Interessenkonflikt von Staat und DSB.	299
3.2	Konzeptionelle Probleme der Gründung	303
3.2.1	Autonomie versus Fachaufsicht: die Machtkämpfe zwischen DSB und BMI um die Sportautonomie	304
3.2.2	Forschungskoordination und Eigenforschung: die Problematik der Aufgaben und Kompetenzen des BISp	317
3.3	Strukturelle Probleme: Finanzen und Personal	322
3.3.1	Finanzierung der Forschung	322
3.3.2	Finanzierung des wissenschaftlichen Personals	326
3.4	Zwischenfazit: Auswirkungen der konzeptionellen und strukturellen Defizite	333
4	Die Sportmedizin innerhalb des Bundesinstituts für Sportwissenschaft	335
4.1	Fachaufsicht contra akademische Freiheit von Forschung	336
4.1.1	Zweckforschung versus Grundlagenforschung: Rhetorik und Realität	337
4.1.2	Paradigma eines Interessenkonflikts zwischen BMI und Fachausschuss Medizin: Behinderten(leistungs)sport	341
4.2	Die sportmedizinische Forschungsförderung seit 1970	346
4.2.1	Herausbildung der Förderprämissen und -praktiken in den 1970er-Jahren	347
4.2.2	Verteilungskämpfe als Reaktionen auf die Zunahme der Diskrepanz zwischen Antrags- und Bewilligungsvolumen	356
4.2.3	Forschungsschwerpunkte	365
4.3	Zwischenfazit	386
5	Schlussbetrachtung	388
6	Quellen und Literatur	395

Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	41
Sportarztanerkennung der AG nordwestdeutscher Sportärzte (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(1/2), S. 31)	
Abb. 2.2	42
Antragsformular zur Sportarztanerkennung 1962 (Der Sportarzt, 13(12), S. 418)	
Abb. 2.3	70
DSÄB. Fortbildungsprogramm I. Halbjahr 1977, Umschlag, S. 3 und S. 5 (Privatarchiv Dieter Schnell)	
Abb. 2.4	77
DSÄB. Fortbildungsprogramm 1. Halbjahr 1987 (H. 21), S. 8, 11, 12 und 13 (Privatarchiv Dieter Schnell)	
Abb. 2.5	109
Das „Modell Tübingen“ (Nowacki, 2000, S. 120)	
Abb. 2.6	131
Sportärztliche Untersuchungs- und Beratungsstellen in der Bundesrepublik 1976 (Kopp, 1980, S. 81, 197)	
Abb. 2.7	132
Sportärztliche Untersuchungen nach Bundesländern 1974/75 (Kopp, 1980, S. 138)	
Abb. 3.1	159
Schema der sportmedizinischen Betreuung (ohne Datum; ca. 1974/75), Bundesarchiv B 106/17491	
Abb. 3.2	167
Das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem ab 1999. Quelle: Bundesarchiv B 106/174191	
Abb. 3.3	177
Aufwendungen des Bundes für das sportmedizinische Untersuchungssystem (Quellen: 6.-13. Sportbericht der Bundesregierung; Zahlenangaben der Jahre 2002–2013 von Euro in DM umgerechnet)	
Abb. 4.1	201
Struktur der Sportmedizin in der DDR ab 1974	
Abb. 4.2.	203
Struktur des Wissenschaftlich-Methodischen Rates ab 1966	
Abb. 4.3	210
Struktur der Leitung des SMD ab 1974	
Abb. 4.4	214
Exemplarische Struktur des SMD in den Bezirken ab 1974	

Abb. 5.1	323
Finanzierung des BISp gesamt und der Forschung nach Haushaltsansätzen 1971-1990 in DM (Quelle: Sportberichte der Bundesregierung)	
Abb. 5.2	352
Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 nach Standorten (Datenbank Sportmedizin- projekte 1971-1990)	
Abb. 5.3	353
Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 nach Standorten	
Abb. 5.4	373
Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 zwischen Leistungs-, Präventions- und Rehabilitationsmedizin	
Abb. 5.5	374
Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 zwischen Leistungs-, Präventions- und Rehabilitationsmedizin	
Abb. 5.6	375
Zuordnung der Forschungsprojekte 1971-1990 nach den wichtigsten medizinischen Kategorien X: „Übrige“ meint insbes. Neurologie, Dopinganalyse, Pharmakologie, Immunologie, Psychologie, Radiologie	
Abb. 5.7	375
Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 mit der Zuordnung Orthopädie nach Standorten	
Abb. 5.8	376
Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 mit der Zuordnung Orthopädie nach Forschungsjahren	
Abb. 5.9	376
Zuordnung der Forschungsprojekte 1990-2015 nach den wichtigsten medizinischen Kategorien X: „Übrige“ meint insbes. Dopinganalytik, Humangenetik, Pharmakologie, Immunologie, Psychologie, Radiologie	
Abb. 5.10.....	377
Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 mit der Zuordnung Orthopädie nach Standorten	
Abb. 5.11.....	377
Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 mit der Zuordnung Orthopädie nach Forschungsjahren	
Abb. 5.12.....	378
Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 nach den am häufigsten untersuchten Sportarten bzw. -gattungen	
Abb. 5.13.....	378
Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 nach den am häufigsten untersuchten Sportarten bzw. -gattungen	

Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tab. 4.1	218
Anzahl der Beschäftigten im SMD nach Berufsstand	
Tab. 4.2	219
Anzahl der Beschäftigten des SMD nach Strukturbereich	
Tab. 4.3	228
Beschäftigte am Zentralinstitut des SMD Kreischa	
Tab. 5.1	295
Finanzplanung des Bundes für den Sport	

Michael Krüger/Stefan Nielsen/Christian Becker/Lukas Rehmann

Forschungsansatz und Zusammenfassung

Forschungsansatz

Der Schwerpunkt der Projektarbeit lag auf der Erforschung der Geschichte der Sportmedizin in Ost- und Westdeutschland nach 1945. Gleichwohl war es nötig, sich in einer ersten Projektphase mit der Frühgeschichte der deutschen Sportmedizin vor 1945 einschließlich ihrer Kontextualisierung im Rahmen der Entwicklung der Medizin, des Sports und ihrer gegenseitigen Bezüge sowie des Forschungsstandes auseinanderzusetzen. Wie sich gezeigt hat, griffen die Protagonisten einer Re-Institutionalisierung der Sportmedizin nach 1945 auf tradierte Positionen aus den Anfängen der Sportmedizin zurück. Dies gilt für Ost- und Westdeutschland gleichermaßen. Zunächst standen die Bemühungen der organisierten Sportärzte im Mittelpunkt, das Fach Sportmedizin in der Medizin sowie die Arbeit von Sportärzten in gesellschaftspolitischer Hinsicht neu zu legitimieren. Die Entwicklung der Sportmedizin in beiden deutschen Staaten verlief in den 1950er- und 1960er-Jahren sowohl in gegenseitigem Austausch als auch parallel mit ähnlichen Schwerpunkten. Sowohl in der DDR als auch in der Bundesrepublik lagen diese, nicht zuletzt aufgrund der gesundheitspolitischen Folgen des zurückliegenden Weltkrieges, in der Rehabilitation sowie in der Prävention und Gesundheitsförderung durch Bewegung, Turnen, körperliche Übungen, Spiel und Sport.

Die Anfänge sowie grundlegende Entwicklungen und Differenzierungen der deutschen Sportmedizin nach 1945 bis zum Ende der 1960er-Jahre wurden in einem Werkstattbericht 2016 im Arete Verlag veröffentlicht. Dieser Band enthält zugleich die Ergebnisse der Diskussionen eines im Mai 2016 veranstalteten Workshops zum Projekt sowie die Transkription eines Podiumsgesprächs mit den Experten und Zeitzeugen Wildor Hollmann, Dieter Schnell und Dirk Clasing (Krüger, 2016).

Im zweiten Projektabschnitt wurden diese Ansätze bis in die Gegenwart fortgesetzt. Konkret ging es um den Schwerpunkt einer am Leistungssport orientierten und auf die Bedürfnisse des Leistungssports zugeschnittenen Sportmedizin. Das 1970 als Behörde im Bundesministerium des Innern gegründete Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp) stellte die Institution dar, die einerseits am intensivsten zu einer sportmedizinischen Leistungssportforschung beitrug und andererseits deutlich das Interesse von Staat und Gesellschaft an einer medizinischen Unterstützung des Leistungs- und Spitzensports zum Ausdruck brachte. Die deutsche Sportmedizin und das BISp sind eng miteinander verwoben. Ohne das BISp wäre eine nennenswerte sportmedizinische Forschung in Deutschland nicht möglich gewesen. Ein wesentlicher Teil der Projektarbeit war deshalb der Entwicklung des BISp selbst und speziell seiner Beziehung zur Sportmedizin und deren Forschungsarbeiten im und für den Leistungs- und Spitzensport in Deutschland gewidmet. Ähnlich wie in der Bundesrepublik erfolgte auch in der DDR eine Fokussierung der Sportmedizin auf die Unterstützung des Leistungs- und Spitzensports. Alle Anstrengungen wurden gebündelt und darauf gerichtet, Erfolge im internationalen Leistungssport zu erringen. Um diese politische Vorgabe zu erreichen, wurden auch sport- und medizinische Grenzen verletzt.

Wir haben uns in unserer Projektarbeit bemüht, die Strukturen sowie Rahmenbedingungen in Ost und West zu differenzieren und offenzulegen, die zu dieser Fokussierung auf die Leistungssportmedizin geführt haben. Die Leistungsmedizin spielte insbesondere seit den 1970er-Jahren für Politik und Gesellschaft eine zunehmend wichtige Rolle, weil der Leistungs- und Spitzensport als relevant für die gesamtstaatliche Repräsentation der Bundesrepublik und der DDR bei Weltmeisterschaften und Olympischen Spielen erachtet wurde.

Mit der Leistungsmedizin war zugleich eine Relativierung der traditionellen Aufgabenstellung und Legitimierung der Sportmedizin mit Blick auf gesundheitliche Prävention und Rehabilitation verbunden. Leistungssportmedizin bildet jedoch nur einen Teil des Spektrums der Sportmedizin insgesamt ab. Quantitativ wesentlich umfangreicher fielen die Bemühungen des Berufsverbandes der deutschen Sportärzte, des Deutschen Sportärztebundes (seit 1950) bzw. der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) (seit 1999), um eine spezifische sportmedizinische Expertise im Rahmen der sportmedizinischen Fort- und Weiterbildung aus, die sich seit den 1970er-Jahren in Westdeutschland zur primären Aufgabenstellung des Sportärzteverbandes entwickelte. Die damit,

beinahe zyklisch, einhergehenden Versuche, einen Facharzt für Sportmedizin zu etablieren, sind jedoch bislang gescheitert. Die ebenso nachhaltigen Bemühungen, Sportmedizin in die Approbationsordnung für das Medizinstudium einzubringen, waren nur sehr bedingt erfolgreich.

Nach dem Mauerbau und mit Beginn des Kalten Krieges entwickelten sich die Systeme von Sport und Medizin in Ost und West auseinander. In der DDR wurde die Sportmedizin vom Staat ungleich intensiver gefördert als in der Bundesrepublik. Sportmedizin wurde ab 1963 als eigenständiges Fachgebiet mit einem Studium zum Facharzt für Sportmedizin anerkannt. Der sportmedizinische Dienst der DDR sollte eine flächendeckende sportmedizinische Versorgung der Bevölkerung der DDR sicherstellen. Insbesondere die damit verbundene Entwicklung der Sportmedizin in der DDR als Element eines präventiv ausgerichteten Gesundheitswesens für die gesamte Bevölkerung wurde im Projekt untersucht, was bislang ein deutliches Forschungsdesiderat darstellte.

Ein abschließender Untersuchungsansatz galt der jüngeren Geschichte der deutschen Sportmedizin nach der deutschen Wiedervereinigung und dem Zusammenschluss der Berufsverbände für Sportmedizin und Prävention in Ost und West.

Die methodischen Schwerpunkte der Forschungsarbeiten lassen sich wie folgt charakterisieren:

- › Intensive Auseinandersetzung mit der nationalen und internationalen Fachliteratur zur Geschichte der Sportmedizin („State of the art“)
- › Systematische Erforschung bislang wenig beachteter oder unerschlossener Quellen, insbesondere zeitgenössische fachwissenschaftliche Artikel in Fachzeitschriften, Berichte von Tagungen und Kongressen zur Sportmedizin, zeitgenössische Hefte und Broschüren zur Fort- und Weiterbildung von Sportärzten, archivalische Quellen aus verschiedenen Archiven mit dem Schwerpunkt auf dem Bundesarchiv, dem „Gedächtnis des deutschen Sports“ (DOSB-Archiv) und der Behörde des Bundesbeauftragten für die Stasi-Unterlagen (BSTU) sowie Akten des Bundesinstituts für Sportwissenschaft bzw. seiner Vorläuferorganisation (Kuratorium für sportmedizinische Forschung).
- › Erstellung einer Datenbank der vom Kuratorium für sportmedizinische Forschung sowie dem Bundesinstitut für Sportwissenschaft geförderten sportmedizinischen Forschungsprojekte.
- › Zeitzeugengespräche: Das in dem veröffentlichten Werkstattbericht (Krüger, 2016, s. o.) abgedruckte, interpretierte und kritisch kommentierte Zeitzeugengespräch mit den Professoren Hollmann und Clasing sowie Dr. Schnell stellt auch in methodischer Hinsicht eine Innovation dar. *Oral History* als Methode zeithistorischer Forschung wurde erfolgreich angewandt und im Kontext schriftlicher Quellen interpretiert. Darüber hinaus wurden weitere Zeitzeugengespräche mit ehemaligen Athleten, Ärzten und Experten aus dem Sport wie Eberhard Gienger, Arnd Krüger und Klaus Völker geführt. Im Rahmen einer Masterarbeit werden systematisch per Online-Befragung Hausärzte mit Zusatzqualifikation Sportmedizin zu ihrer Tätigkeit befragt.

Das Forschungsprojekt zur Geschichte der deutschen Sportmedizin seit 1945 wurde vom 1. März 2015 bis 31. August 2017 durch Mittel des Bundesinstituts für Sportwissenschaft gefördert. Projektnehmer war der Arbeitsbereich Sportpädagogik und Sportgeschichte am Institut für Sportwissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster unter Leitung von Prof. Dr. Michael Krüger. Als Projektmitarbeiter waren Dr. Stefan Nielsen und cand. phil. Christian Becker sowie cand. phil. Lukas Rehmann tätig, der aus Eigenmitteln des Arbeitsbereichs Sportpädagogik und Sportgeschichte finanziert wurde.

Die Projektnehmer veranstalteten am 25. Mai 2016 in Münster einen öffentlichen Workshop zur Geschichte der deutschen Sportmedizin, auf dem Zwischenergebnisse der Forschungsarbeiten vorgestellt und im Kreis von Experten und Zeitzeugen diskutiert wurden.

Die Ergebnisse dieses Workshops unter Beteiligung des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, Prof. Braumann, sowie des BISp-Direktors Fischer wurden in Buchform im Dezember 2016 veröffentlicht (Krüger, 2016).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen des Forschungsprojekts zur Geschichte der deutschen Sportmedizin wurden bisher unerschlossene Schrift- und Archivquellen unterschiedlichster Provenienz in umfassender Weise gesichtet und ausgewertet. Dies gilt in besonderem Maße für die Geschichte der Sportmedizin in der DDR. Ergänzend wurden ausgewählte Zeitzeugen in unterschiedlicher Intensität zu Einzelthemen systematisch befragt. Diese Zeitzeugeninterviews trugen dazu bei, die aus der Literatur und den Quellen rekonstruierten Sachverhalte differenziert und kritisch zu prüfen. Aufgrund der 30-jährigen Schutzfrist archivalischer Akten in staatlichen Archiven ist es jedoch nicht möglich, den Untersuchungszeitraum in allen Teilaspekten bis in die Gegenwart an Originalquellen lückenlos auszuschöpfen.

Insgesamt ergibt sich ein zwiespältiges und aus heutiger Sicht eher ernüchterndes Bild der deutschen Sportmedizin, gemessen an den Intentionen, die der Berufsverband der Sportärzte (DSÄB) bei seiner Gründung 1950 verfolgte. Die Sportmedizin in der Bundesrepublik lässt sich im Unterschied zu der in der DDR nicht als einheitliches medizinisches Fachgebiet beschreiben. Allerdings zeigte sich in der DDR eine erhebliche Kluft zwischen dem politisch-ideologischen Auftrag und Anspruch an die Sportmedizin einerseits und der Realität sportmedizinischer Praxis andererseits. In der Bundesrepublik kann von einer eher instabilen sozialen Konstruktion im Spannungsfeld traditioneller Institutionen von Sport, Wissenschaft, Politik und Gesundheitswesen gesprochen werden. Der Sport als gesellschaftliches Phänomen der Moderne war und ist das wesentliche Movens der Genese der Sportmedizin.

Die Sportmedizin steht damit vor ähnlichen Problemen wie die Sportwissenschaft, zu deren Teildisziplinen u. a. die Sportmedizin zu zählen ist. Die seit Beginn bzw. mit Gründung des Deutschen Sportärztebundes 1912 in Oberhof anhaltenden Bemühungen, eine konsistente Identität der Sportmedizin zu erlangen sowie damit verbunden ihre politische und gesellschaftliche Legitimität zu stärken, waren nur in Ansätzen erfolgreich. Ein Erfolg in der jüngeren Vergangenheit war hier zumindest die Aufnahme sportmedizinischer Inhalte in die Approbationsordnung für Ärzte 2002.

Der Querschnittcharakter des Faches bedingt, dass es weder eine feste fachliche Zuordnung noch ein eindeutig identifizierbares, mit einem Alleinstellungsmerkmal verbundenes Berufsfeld gibt. Aussagen von Sportlern wie etwa Eberhard Gienger, der als Zeitzeuge interviewt wurde, zeigen, dass es für den Sportler offenbar von sekundärer Bedeutung ist, ob ein Mediziner die Zusatzqualifikation für Sportmedizin besitzt oder nicht. Aussagen von Sportmedizinern wie Dr. Schnell und Prof. Clasing (Krüger, 2016, S. 328 f.) sowie Quellenfunde in den Archiven zeigen die jahrzehntelangen, letztlich aber wenig erfolgreicher Bemühungen seitens der Sportmedizin, eine flächendeckende sportmedizinische Untersuchung insbesondere der jugendlichen Vereinssportler durchzusetzen. Dieses vergebliche Bemühen unterstreicht, dass der organisierte Sport der organisierten Sportmedizin eher skeptisch gegenübersteht – dies nicht nur im Leistung- und Hochleistungssportbereich, sondern auch im Bereich des Freizeit- und Breitensports. Dem Sportarzt wird keine Expertise per se zuerkannt, die nicht auch von anderen Fachärzten zu erbringen wäre. Im Gegenteil dürfte ein verletzter oder in seiner Handlungsfähigkeit eingeschränkter Sportler eher einen Facharzt wie einen Orthopäden oder Chirurgen aufsuchen als einen Allgemeinmediziner mit einer Zusatzqualifikation Sportmedizin. Allerdings sind diese Zusatzqualifikationen durchaus relevant, um sowohl die Anamnese der Verletzung als auch die Therapie und Rehabilitation nach erfolgter Operation besser beurteilen zu können.

Der Deutsche Sportärztebund und seine Landesverbände haben es zwar nicht geschafft, dass die Ärztekammern einen Facharzt für Sportmedizin anerkannt haben, aber sie haben erhebliche Anstrengungen unternommen, um ein flächendeckendes Fort- und Weiterbildungssystem zu organisieren, das seit den 1960er Jahren Tausende von approbierten Ärzten genutzt haben, um entweder das Sportärztediplom oder die von den Ärztekammern anerkannte „Zusatzqualifikation ‚Sportmedizin‘“ zu erwerben. Die Programme wurden regelmäßig erweitert und aktualisiert. Bis in die Gegenwart blieb jedoch der Grundsatz erhalten, dass die sportpraktische Fort- und Weiterbildung, also das eigene Sporttreiben sowie der gesellige Charakter dieser Treffen von sportinteressierten Ärztinnen und Ärzten einen hohen Stellenwert besitzen. Es erfolgte jedoch kein systematisches Qualitätsmanagement, so dass nicht gesagt werden kann, wie hoch insbesondere die wissenschaftliche Qualität dieser Veranstaltungen war und ist. Fakt bleibt, dass es nicht gelungen ist, die Bundesärztekammer davon zu überzeugen, dass die Sportmedizin einen eigenständigen Facharzt rechtfertigt. In der DDR handelte es sich um eine politische Entscheidung, einen solchen Facharzt zu institutionalisieren. Ob und welchen Qualitätsstandards diese Facharztausbildung genügte, lässt sich jedoch aus den Quellen nicht eindeutig klären.

Der Querschnittscharakter des Fachs bedingt zudem, dass Themenfelder der Sportmedizin von vielen anderen medizinischen Fachgebieten in Teilen besetzt sind. Spezialisierte Fachgebiete wie die Arbeitsmedizin (seit 1965 Facharzt) oder die Hygiene- und Umweltmedizin (deren Vereinigung nennt sich „Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin“) decken in ihren definierten Aufgaben Kernbereiche der Sportmedizin ab. Eine zentrale Botschaft der Sportmedizin, dass Bewegung die beste Medizin und in Verbindung mit ausgewogener Ernährung und einer moderaten Lebensführung die effektivste Form der Gesundheitsvorsorge sei, ist inzwischen zum Allgemeingut mehr oder weniger aller medizinischer Fachdisziplinen geworden. Im Ergebnis hat die Sportmedizin als Institution ihr traditionelles Aufgabenfeld der Gesundheitsprävention durch Bewegung und aktiver, gesunder Lebensführung an andere Disziplinen der Medizin und Gesundheitserziehung verloren.

Die Sportmedizin kann in mindestens drei Bereiche sportmedizinischer Tätigkeit unterschieden werden. Ihre Vertreter verfolgen eher divergierende als gemeinsame Interessen: Erstens die wenigen Sportmediziner, die an Hochschulen tätig sind; zweitens die zahlenmäßig ebenfalls begrenzte Anzahl von Sportmedizinern, die im Leistungssport engagiert sind (Leistungszentren, Olympiastützpunkte, Verbände, Vereine etc.); und drittens die Mehrheit der Sportärzte mit Diplom bzw. Zusatzqualifikation. Die in der Öffentlichkeit und den Medien wahrgenommene Sportmedizin in Deutschland reduziert sich auf wenige Repräsentanten. Die große Mehrheit der 9.000 Mitglieder der DGSP tritt dagegen öffentlich nicht oder kaum in Erscheinung. Ihre Identität als Sportärzte bleibt diffus. Zu allen drei Bereichen wurden gezielte Forschungen angestellt. Das der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster angehörige Institut für Sportmedizin wurde in einer Fallstudie im Rahmen einer Masterarbeit spezifisch anhand von Originalquellen untersucht. Es steht für die Entwicklung der Hochschulsportmedizin zwischen Sportwissenschaft und Medizin an Universitäten. Nur ein kleinerer Teil, nach Angaben der DGSP 12 Professuren, gehören Medizinischen Fakultäten an, die übrigen 17 der insgesamt 29 sportmedizinischen Professuren sind an sportwissenschaftliche Hochschuleinrichtungen gebunden.

Die Spaltung der Sportmedizin in eine eher kleine Gruppe von Experten der Hochleistungssportmedizin für den Spitzensport auf der einen Seite und in die große Gruppe der Ärzte, die es in ihrer alltäglichen Praxis im Bemühen um die Gesundheit ihrer Patienten und deren Heilung von Krankheiten im weitesten Sinn mit Fragen und Problemen im Zusammenhang von Sport und Bewegung zu tun haben, auf der anderen Seite entspricht sie der faktischen Spaltung des organisierten Sports in den Hochleistungssport von wenigen und dem „Sport für alle“.

Mit der Herausbildung einer staatlich geförderten Leistungsmedizin seit den 1970er-Jahren in der Bundesrepublik und dem Facharzt für Sportmedizin in der DDR mit der Spezialisierung auf den Leistungs- und Spitzensport im staatlichen Auftrag hat sich die Divergenz von Teilinteressen und

Teilidentitäten in der Sportärzteschaft manifestiert. Nach dem Anschluss der neuen Bundesländer an die Bundesrepublik Deutschland und der im Einigungsprozess erfolgten Entscheidung, den Facharztstatus für Sportmedizin aus der DDR nicht zu übernehmen, entfiel ein Alleinstellungsmerkmal der Sportmedizin in Deutschland. 25 Jahre nach dem Ende der DDR hat sich allerdings die Situation ergeben, dass das Facharztmodell Sportmedizin in zahlreichen europäischen Ländern verankert ist.

Die Dopingproblematik, die durch einzelne Sportärzte maßgeblich mitverursacht wurde, trug gerade in Deutschland erheblich zur De-Legitimierung der Sportmedizin bei. In der medial-politischen Öffentlichkeit gilt die Sportmedizin vorrangig als „Leistungsmedizin“. Dem Verband ist es trotz seines Namenswechsels über Jahrzehnte hinweg kaum gelungen, dieses Bild zu korrigieren. Rechtzeitige und nachhaltige Compliance-Maßnahmen zur Stärkung des ärztlichen und sportlichen Ethos in der Sportärzteschaft sind nicht oder nur unzureichend erfolgt. Ein Indiz für diese Versäumnisse ist die Tatsache, dass trotz zahlreicher nachgewiesener Dopingverstöße von Ärzten bzw. Sportärzten bisher kein Entzug der ärztlichen Approbation durch die Ärztekammern ausgesprochen wurde. Beim Entzug der Approbation handelt es sich allerdings um ein rechtlich sehr komplexes Verfahren (siehe dazu die Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des deutschen Bundestags „Entzug der Approbation von Ärzt(inn)en und Apotheker(inne)n wegen Mitwirkung bei Doping“ vom 10.2.2012. AZ: WD 9 – 3000/014/12). Der DSÄB bzw. die DGSP hat bislang keinem ihrer Mitglieder wegen Verstößen gegen das ärztliche und sportliche Ethos die Mitgliedschaft entzogen.

Wie dramatisch der Legitimationsverlust der Sportmedizin allgemein und der deutschen Sportmedizin speziell durch Doping im Hochleistungssport ist, zeigt das Beispiel eines der Zentren der deutschen Sportmedizin an der Universität Freiburg. Wegen der Beteiligung von Sportärzten des dortigen sportmedizinischen Instituts an verbotenen Dopingpraktiken wurde praktisch das gesamte Institut abgewickelt. Es heißt heute nicht mehr Institut für Sportmedizin, sondern „Institut für Bewegungs- und Arbeitsmedizin“. Zu diesem eklatanten Image- und Legitimationsverlust der Sportmedizin trugen nicht nur die Verfehlungen einiger Ärzte in Sachen Doping bei, sondern auch die Tatsache, dass dem Leiter des Instituts, Prof. Dickhuth, wegen Plagiatsvorwürfen die Habilitation und damit die wissenschaftliche Qualifikation als Professor aberkannt wurde. Gelitten hat somit nicht nur die ethische, sondern auch die wissenschaftliche Qualität und Dignität der deutschen Sportmedizin. Der Fall des Instituts in Freiburg wurde im vorliegenden Forschungsprojekt nicht mit eigenen Forschungen aufgearbeitet. Vielmehr wurden die umfangreichen Forschungen der entsprechenden historisch-ethischen Kommissionen der Universität Freiburg aufgearbeitet und in die Fragestellungen des Forschungsprojekts zur Geschichte der deutschen Sportmedizin einbezogen.

Die Dopingproblematik ist jedoch nicht die einzige Sorge derjenigen Sportmediziner, die im Leistungssport engagiert sind. Das Ziel einer anerkannten, kontinuierlichen Betreuung des Spitzensports konnte nur in Ansätzen erreicht werden. An der grundsätzlichen Struktur der sportmedizinischen Betreuung und Unterstützung von Kaderathleten hat sich bis heute wenig geändert, wie die „Sportmedizinische Konzeption des DOSB“ von 2010 offenbart. Die Schwerpunkte bilden weiterhin Untersuchung, Behandlung und Betreuung. Verantwortlich hierfür sind nach wie vor die Verbände bzw. die Verbandsärzte, die Untersuchungszentren sowie die Olympiastützpunkte, denen in der regelmäßigen leistungsmedizinischen Betreuung das größte Gewicht zukommt. Die Fragen der Ausstattung sowie des Verhältnisses zwischen Ehren- und Hauptamtlichkeit in der sportmedizinischen Betreuung und Beratung sind nach wie vor virulent.

Die öffentliche Sicht auf die im Leistungssport tätigen Sportmediziner schwankt mittlerweile zwischen „Wunderärzten“ und „Doping-Tätern“, personalisiert zwischen Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt, der vorgibt, mit den „Händen sehen“ zu können, und Armin Klümper, dessen „Cocktails“ in den 1970er- und 1980er-Jahren bis in die höchsten Kreise der Politiker und Sportfunktionäre mit Rücken- und Knieproblemen geschätzt wurden. Zweifelsohne verstehen sich Leistungssportmediziner noch heute in erster Linie als Anwälte der Athleten und deren Wunsch, erfolgreich zu sein. Sie fühlen sich somit, wie Singler und Treutlein (2015, S. 184) schreiben, „nicht mehr so sehr dem Wissenschafts- oder dem Gesundheitssystem, sondern eher dem System des Spitzensports“ verpflichtet.

In der Summe lassen sich die Probleme der Sportmedizin auf zwei grundlegende Aspekte fokussieren: die Dopingproblematik und das damit verbundene negative Bild der Disziplin in der Öffentlichkeit sowie die fehlende fachliche Anerkennung. Beide Probleme begleiten die Sportmedizin seit Jahrzehnten. Bis heute ist es der Sportmedizin nicht gelungen, sie zu lösen. Sie sind auch Ausdruck eines Mangels an gemeinsamer Identität innerhalb der Gruppe der Sportmediziner, insbesondere zwischen denen, die sich eher als Leistungssportmediziner und den anderen, die sich eher als Präventivmediziner verstehen.

Der derzeitige DGSP-Präsident Braumann äußerte in seiner Ansprache auf dem Workshop im Mai 2016 (Krüger, 2016, S. 37-47) die Hoffnung, dass die „zentrale Bedeutung [der Sportmedizin] im Rahmen der Prävention, aber auch innerhalb der Therapie typischer chronischer Krankheiten“ (S. 37) stärker in den Blickpunkt gerate. Damit fokussierte er letztlich Themenfelder, die der Verband seit seiner (Wieder-)Gründung 1950 stets propagierte: Prävention und Rehabilitation. Sein Vorschlag, die Sportmedizin „als ein Querschnittsfach“ zu stärken, „das seine Aufgaben darin sehen sollte, sportmedizinische Inhalte im Bereich der universitären Lehre sowie der ärztlichen Fort- und Weiterbildung zu vermitteln“ (S. 47), steht jedoch den Ansichten von Meyer und Mayer (2017, S. 3) entgegen, die gerade eine Spezifizierung sportärztlicher Tätigkeit durch einen Facharztstatus anstreben – wie es auch Wildor Hollmann forderte: „Heute können Sie ohne Facharzt nichts mehr machen“ (Krüger, 2016, S. 339).

Zur Durchsetzung eines derartigen Facharztes, wie er in vielen europäischen Staaten bereits existiert, wären indes differenzierte Tätigkeitsbeschreibungen in Abgrenzung zu anderen medizinischen Fachdisziplinen notwendig. Sie müsste als klar definierbare Disziplin hinsichtlich ihrer Aufgabenbereiche, Tätigkeitsschwerpunkte und Berufsfelder erkennbar werden, vor allem aber müsste auch eine eindeutige, gemeinsam und inhaltlich getragene Positionierung des Verbandes und seiner Mitglieder für einen solchen Facharzt erfolgen. Dies würde mit dem Verlust des Querschnittscharakters und einer entsprechenden Minimierung des Aufgabenspektrums einhergehen.

Dieser Konsequenz verweigern sich jedoch zahlreiche Sportmediziner, wie der langjährige Verbands-Vizepräsident Schnell stellvertretend für viele seiner Kollegen bei dem Workshop in Münster (2016) formulierte. Eine derartige Aufgabenfokussierung ist zudem in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden, da die Prävention – wie ja auch vonseiten der Sportmedizin beklagt wird – zum Allgemeingut der Medizin geworden ist. Der Umstand, dass trotz aus eigener Sicht jahrzehntelang erarbeiteter Expertise auf dem Sektor einer präventiv-gesundheitsfördernden Bewegung die Sportmedizin – anders als in den 1950er- und 1960er-Jahren – an den Diskussionen um das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz nicht an vorderer Stelle Anteil hatte, ist ein Beleg für den gesellschaftlichen, fachlichen und politischen Bedeutungsverlust der Sportmedizin.

Letztlich dürfte es aber nur der Facharztstatus sein, der die Sportmedizin über den Faktor eines „Hobbys“ (Reindell) hinaushebt und ihr damit auch einen Mitgliederzuwachs, die Möglichkeit „vermehrter wissenschaftlicher Aktivität“ (Meyer & Mayer, 2017, S. 3) und eine Gleichwertigkeit im Kanon der Medizinwissenschaft beschert.

Zugleich müsste, analog der Forderung von Meyer und Mayer (2017, S. 4), der Verband noch klarer Stellung gegenüber Doping beziehen, die sich nicht nur in Worten, sondern auch in Taten wie dem Ausschluss von Mitgliedern äußert. Glaubwürdigkeit wird allein durch die immer wieder angeregte (erneute) Umbenennung des Verbandes in „Gesellschaft für Präventionsmedizin“ kaum zu gewährleisten sein. Unter Umständen müsste hier eine stärkere Trennung der „Leistungssportmedizin“ von der „Präventivmedizin“ – bis hin zu zwei eigenen Verbänden – vollzogen werden.

Eine weitere Problematik besteht im Verhältnis zwischen der akademischen Sportmedizin auf der einen und Alltagssportmedizin auf der anderen Seite. Die akademische Sportmedizin selbst zerfällt in weitere Spezialdisziplinen. Die Dopinganalytik, die selbst gar nicht zur Sportmedizin gerechnet wird, hat gleichwohl seit den 1970er-Jahren in die traditionellen Kompetenzen der Sportmedizin eingegriffen.

Letztlich bleibt es insgesamt fraglich, ob es der deutschen Sportmedizin gelingen wird, in Staat

und Gesellschaft, selbst im Sport, erneut eine derartige Deutungshoheit über Fragen zur gesundheitlichen Relevanz von Bewegung, Spiel und Sport zu erlangen, wie sie sie in den 1950er- und 1960er-Jahren innehatte. In gewisser Weise hat die organisierte Sportmedizin dadurch, dass es ihr – gemeinsam mit anderen Lobbyisten des Sports – gelungen ist, in dieser Zeit das medizinische und gesundheitspolitische Paradigma vom hohen Wert der Bewegung und eines wirksamen, aber gemäßigten Sporttreibens für die Gesundheit im Sinne der Prävention und Rehabilitation durchzusetzen, selbst zu ihrem späteren Bedeutungsverlust beigetragen.

Literatur

- Krüger, Michael (Hrsg.) (2016). Sportmedizin in Deutschland – Historische Facetten. Ein Werkstattbericht. Hildesheim: Arete.
- Meyer, T. & Mayer, F. (2017). Die deutsche Sportmedizin in der Krise – Ursachen und Lösungen. Zeitschrift für Sportmedizin, 68 (1), 3-4.
- Singler, A. & Treutlein, G. (2015). Joseph Keul: Wissenschaftskultur, Doping und Forschung zur pharmakologischen Leistungssteigerung. Evaluierungskommission Freiburger Sportmedizin – Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Abzurufen unter: <https://www.uni-freiburg.de/universitaet/einzelgutachten/gutachten-joseph-keul-01-02-2017.pdf>.

Folgende Bachelor- und Masterarbeiten sind im Rahmen des Forschungsprojekts im Arbeitsbereich Sportpädagogik & Sportgeschichte am IfS Münster verfasst worden:

- Jan Beyer: Sportmedizinische Forschung in der DDR zum Schwimmsport. Masterarbeit Münster 2018.
- Ulrike Franken: Methodisches Vorgehen bei der Analyse der deutschen sportmedizinischen Forschung zwischen 1955 und 2015 mithilfe der beiden Datenbankprogramme ACCESS und SPSS. Bachelorarbeit Münster 2017.
- Jeannette Gering: Die Sportarztausbildung in Deutschland von 1950 bis in die Gegenwart. Masterarbeit Münster 2016.
- Jan Wilhelm Heermann: Die Geschichte der Sportmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster. Masterarbeit Münster 2018.
- Philipp Korte: Der Sportarzt Armin Klümper in den Medien. Masterarbeit Münster 2016.
- Alexander Oberpenning: Zur Geschichte von Testosteron und dessen Einsatz im Leistungssport. Bachelorarbeit Münster 2016.
- Yannick Schöckel: Die Etablierung der Sportmedizin im Leistungssport am Beispiel der Leichtathletik. Masterarbeit Münster 2016.
- Erika Weinbender: Sportmedizinische Kongresse in Deutschland seit 1950. Masterarbeit Münster 2016.
- Silas Windgaßen: Sportmedizin in der Alltagspraxis. Sportmedizin in der Praxis – eine Umfrage zur beruflichen Tätigkeit von Sportärzten. Masterarbeit Münster 2019.
- Simon Wüst: Die Konstitutionslehren von Ernst Kretschmer und William Sheldon und ihre Rezeption in der Sportwissenschaft. Bachelorarbeit Münster 2016.

Stefan Nielsen (unter Mitwirkung von Jeannette Gering)

Die Entwicklung der organisierten Sportmedizin seit 1950

1 Einleitung: Professionalisierung und Legitimation einer Querschnittsdisziplin

„Auf dem Weg zur Facharztanerkennung waren wir schon einmal weiter als heute. [...] Gewiss ist die Fakultätszugehörigkeit vieler sportmedizinischer Institute und Abteilungen [...] nicht hilfreich für die neue Facharztinitiative. [...] Dennoch muss es die wichtigste Aufgabe eines jeden Präsidiums sowie des Wissenschaftsrates der DGSP sein, auf die Einführung des Facharztes für Sportmedizin hinzuwirken. Denn woher soll ansonsten der wissenschaftliche und klinische Ärztenachwuchs kommen? [...] Ein weiterer struktureller Grund, warum der begabte Nachwuchs nicht unbedingt in die Sportwissenschaft drängt, liegt in der verbesserungsfähigen wissenschaftlichen Aktivität. Sowohl die Qualität und Quantität unseres Jahreskongresses als auch die Publikationsfrequenz in einschlägigen internationalen Zeitschriften hat nachgelassen. Wenn wir uns mit anderen Fächern messen wollen, die bereits jetzt zunehmend sportmedizinische Inhalte besetzen, müssen wir hier zulegen. [...] Dem Doping-Thema können wir nicht ausweichen [...]. Statt den Kopf einzuziehen und zu hoffen, dass wir im medialen Gewitter möglichst ungeschoren davonkommen, sollten wir unser Curriculum bereits jetzt [...] reformieren und Anti-Doping-Inhalte viel sichtbarer aufnehmen“ (Meyer & Mayer, 2017, S. 3).

Im Januar 2017 konstatierten zwei Vertreter einer jüngeren Generation der deutschen Sportmedizin eine „Krise der Sportmedizin“, deren zentrales Merkmal der fehlende Facharztstatus bildete. Sowohl die Gründe als auch die damit interagierenden Folgen sahen die beiden Universitätsmediziner in einem Mangel an wissenschaftlichem Nachwuchs, einem ebensolchen Mangel an wissenschaftlicher Qualität sowie der mangelnden Verortung der Sportmedizin in der Medizinwissenschaft. Die ebenfalls erkannte Problematik, als anerkannter Akteur in Politik und Gesellschaft zu fungieren, wurde vorrangig verbunden mit dem virulenten Imageproblem der Sportmedizin aufgrund der Dopingproblematik.

Die 2017 benannten Kernprobleme der Sportmedizin spiegeln sich in den Aussagen von Sportmedizinern der 1950er- und 1960er-Jahre. 1967 beklagte der DSÄB in einem an die Bundestagsfraktionen und den DSB versandten „Memorandum“ die mangelnde Bekanntheit und Akzeptanz der Sportmedizin, die sich etwa in einer unzureichenden Verankerung in der universitären Lehre und Forschung ausdrücke (DSÄB: Memorandum über „Sportmedizin“, 1967, DOSB-Archiv Bestand 193).

In der Quintessenz offenbart sich in den Aussagen damals wie heute ein die gesamte Entwicklung der organisierten Nachkriegs-Sportmedizin prägendes Problem der Legitimation der Disziplin. Das Streben nach fachlicher, politischer und gesellschaftlicher Legitimation kann als leitendes Paradigma einer Genese der Sportmedizin bis heute identifiziert werden. Im Zentrum hierbei stand und steht das Bemühen um eine fachliche Anerkennung der Sportmedizin als Ausgangsbasis für eine gesellschaftspolitische Akzeptanz, die für den Sportmediziner letztlich auch mit der Herausbildung eines festen Berufsbildes verbunden ist.

Bereits im ersten Projektabschnitt wurde deutlich (Nielsen, 2016a; 2016b), dass der 1950 wiedergegründete Deutsche Sportärztebund als Interessenvertretung der zunächst wenigen Sportmediziner zwei Ziele verfolgte. Dies war zum einen die *Professionalisierung* ihrer Disziplin durch die Kreierung eines Selbstbildes sowie daraus abgeleitet von Tätigkeitsbereichen und Aufgaben, die spezifisch für die Sportmedizin waren. Hierbei wurde zunächst auf bereits vor dem Zweiten Weltkrieg herausgebildete Traditionen zurückgegriffen. Hinzu kamen Anforderungen, die sich aus den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der unmittelbaren Nachkriegszeit ergaben – und die in vielfacher Hinsicht denen der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg ähnelten, sodass die Sportmedizin auch hier auf Traditionen und Expertisen wie in der Versehrtenbetreuung rekurrieren konnte. Eng verbunden damit war die zweite Zielsetzung einer *Legitimation* der Existenz der Sportmedizin als fachlicher Dis-

ziplin innerhalb der Humanwissenschaften. Im Unterschied zu etablierten Fachbereichen der Disziplin stellte die Sportmedizin aufgrund einer fehlenden fachlichen Anerkennung eine „Querschnittsdisziplin“ dar, die Bereiche verschiedener medizinischer Disziplinen wie der Inneren Medizin, der Kardiologie oder der Orthopädie in sich vereinte.

Beide Zielsetzungen, die Professionalisierung wie die Legitimation, stellten somit aufeinander bezogene Aspekte der Verbandstätigkeit dar. Eine Professionalisierung bildete aus Sicht der Sportmediziner die legitimatorische Basis einer Anerkennung in Staat, Gesellschaft und Sport. Zugleich setzte die Wahrnehmung gesellschaftsrelevanter Aufgaben die Professionalisierung der Disziplin voraus.

In den 1950er- und 1960er-Jahren verfolgte der DSÄB die Professionalisierung der Sportmedizin zunächst auf der Basis einer schlichten Erhöhung der Mitgliederzahl sowie der Erarbeitung erster, ebenso eher schlichter Weiterbildungskriterien zum Sportmediziner, die zum Erwerb eines „Diploms“ ohne fachliche Anerkennung als rein verbandsinternes Qualitätssiegel führten. Die Ansätze einer Professionalisierung der Sportmedizin verharrten somit in Maßnahmen, die kaum zu einer fachlichen Anerkennung innerhalb der Humanwissenschaften beitragen konnten. Dies wurde – zunächst – überdeckt durch die deutlich erfolgreicherem Bemühungen um eine Legitimation der Disziplin in Staat, Sport und Gesellschaft, die indes in hohem Maße von den spezifischen Rahmenbedingungen der ersten Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges bestimmt wurden. Bis zur Mitte der 1960er-Jahre war es der Sportmedizin gelungen, Funktionen im sozialpolitischen Bereich wie der Versehrtenbetreuung als Aspekt der *Rehabilitation* und der Wiederherstellung bzw. Wahrung der „Volks Gesundheit“ durch Leibesübungen als Aspekt der *Prävention* zu übernehmen, die politisch wichtig waren und in denen sie aufgrund ihrer Expertise eine „Deutungshoheit“ erlangte, die die mangelnden Ansätze einer langfristigen Professionalisierung überdeckten. Hilfreich war hierbei nicht zuletzt, dass sich die Prämissen der Sportmedizin einer Prävention und Rehabilitation mit den sportpolitischen Zielen sowohl des DSB, der in dieser Zeit zum maßgeblichen Kooperationspartner des DSÄB wurde, als auch der Bundesregierung deckten. Die Etablierung einer sportmedizinischen Forschung im Dreieck von Staat, organisiertem Sport und Sportmedizin seit 1955 wäre ohne diese grundlegende sportpolitische Übereinstimmung der drei Akteure nicht möglich gewesen (Nielsen, 2016b).

Doch bereits im Verlauf der 1960er-Jahre offenbarten sich die mit dieser Verbandsstrategie verbundenen Probleme. In dem Maße, in dem die zentralen Aufgabenfelder aus verschiedenen Gründen an Relevanz verloren, traten die Defizite einer Professionalisierung der Disziplin stärker in den Vordergrund. Von übergeordneter und langfristiger Bedeutung war in diesem Prozess eines zunehmenden Verlustes der Deutungshoheit in sozialpolitisch relevanten Bereichen der in der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre einsetzende Wandel der Sportpolitik von Staat und DSB zu einem zuvor abgelehnten und nunmehr forcierten Leistungssport, der Sport zu einem Mittel nationaler Repräsentanz insbesondere im Kontext des „Kalten Krieges“ werden ließ.

Der Sportmedizin erwuchs hierdurch eine neues, von Staat und organisiertem Sport massiv eingefordertes Aufgabenfeld, das einer auf den Spitzensport fokussierten „Leistungs(sport)medizin“, die in Teilen konträr zu den bisherigen sportmedizinischen Prämissen stand, die die Prävention immer auch mit einer Abwehr exzessiven Sporttreibens verbunden hatte. Der hiermit verbundenen Inanspruchnahme der Sportmedizin durch Staat und organisierten Sport folgte indes nur ein kleiner Teil der Sportmediziner, vor allem der DSÄB verhielt sich diesem Paradigmenwandel gegenüber abwartend und eher ablehnend. Dies führte in der Konsequenz dazu, dass die nunmehr politisch geförderte Leistungsmedizin eine nur geringe Anbindung an den DSÄB hatte, sondern in wenigen Forschungseinrichtungen und von einigen Leistungssportmedizinern wahrgenommen wurde. Die Trennung der Sportmedizin in den 1970er-Jahren in eine gesellschaftlich und staatlich anerkannte und geförderte Leistungssportmedizin und eine gesundheitsorientierte Präventionsmedizin vollzog sich auch innerhalb des DSÄB, wobei dieser bis heute die Prävention und die Rehabilitation als bereits in den 1920er-Jahren zentrale Aufgabenbereiche des Sportarztes in den Mittelpunkt stellte.

Der mit dieser Entwicklung einhergehende Verlust der Legitimationsbasis einer gesundheitsorientierten Prävention im sozialpolitischen Bereich, die zunehmend von Fachdisziplinen einer patientenorientierten Humanmedizin übernommen wurde, führte mit einer gewissen Zwangsläufigkeit dazu, dass der DSÄB seit den 1970er-Jahren die Professionalisierung der Disziplin in den Fokus der verbandsinternen Bemühungen stellte. Diese Professionalisierung stand nunmehr in unmittelbarem Zusammenhang mit einer fachlichen Anerkennung seitens der Humanmedizin.

Seit den 1950er-Jahren erfolgten die Ansätze des DSÄB bzw. der DGSP einer fachlichen Aufwertung auf verschiedenen Ebenen:

- › Verbesserung der Qualität der Weiter- und Fortbildung
- › Standesrechtliche Anerkennung sportmedizinischer Weiterbildung
- › Verankerung der Sportmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte
- › Einführung eines Facharztes für Sportmedizin in der Bundesrepublik

Folgend sollen diese verschiedenen, sich teilweise überlagernden und in Wechselwirkung zueinander stehenden Bemühungen des Sportmedizinerverbandes um eine fachliche Anerkennung als Grundlage einer Legitimation der Sportmedizin als eigenständige medizinische Disziplin anhand von drei durch Zäsuren unterteilte Phasen nachvollzogen werden. Es soll gezeigt, dass jeweils vorrangig externe Einflüsse diese Zäsuren der Entwicklung hervorriefen und der DSÄB bzw. die DGSP (ab 1999) die Verbandspolitik an diese veränderten Rahmenbedingungen anzupassen suchte.

2 Der Deutsche Sportärztebund als sozialpolitischer Akteur bis 1970¹

1950 wurde der Deutsche Sportärztebund nach seiner Auflösung in der Zeit des Nationalsozialismus erneut als Dachverband der Sportmedizin in der Bundesrepublik Deutschland gegründet. Die Initiatoren dieser Reorganisation der Sportmedizin waren nahezu ausschließlich Mediziner, die bereits in den 1920er-Jahren sportmedizinisch tätig gewesen waren und die damit maßgeblichen Anteil daran hatten, dass die Sportmedizin in der Zeit der Weimarer Republik als weltweit führend gegolten hatte. 1912 war ein erster Zusammenschluss sportmedizinisch interessierter Ärzte entstanden, das „Reichskomitee zur wissenschaftlichen Erforschung des Sports und der Leibesübungen“. Aus ihm ging 1924 der „Deutsche Ärztebund zur Förderung der Leibesübungen“ hervor, dem 1925 etwa 700 Ärzte angehörten und dessen Mitgliederzahl sich bis 1933 auf 3.000 erhöht hatte. Deutsche Sportmediziner waren auch maßgeblich an der Gründung des ersten internationalen Sportmedizinerbundes 1928 „Association Internationale Médico-Sportive“ (AIMS) – ab 1934 „Fédération Internationale de Médecine Sportive (FIMS) – beteiligt (Klaus, 1959, S. 15-16; Hollmann, 1993, S. 26-30; Nowacki, 2000, S. 113-115; Hollmann, 2002, S. 43-55; Greiner & Arndt, 2004, S. 310-314; Hollmann & Tittel, 2008, S. 23-28, 32-33).

Als grundlegend für die Entstehung und den Aufstieg der Sportmedizin kann zunächst die seit den 1880er-Jahren einsetzende „Verwissenschaftlichung und Rationalisierung des Körpers“ (Dinçkal, 2013, S. 224) gesehen werden. Dies impliziert das im Zuge des Aufkommens einer auf naturwissenschaftlich-empirischen Prinzipien basierenden Medizin gestiegene Interesse der Medizin am Körper (Riha, 2013, S. 59-80; Eckart & Jütte, 2014, S. 391). Zahlreiche Physiologen begannen gegen Ende des

¹ Folgender Abschnitt stellt eine Synopse der Ergebnisse des ersten Untersuchungsabschnittes dar, in ausführlicher Form vgl. Nielsen, 2016a, S. 137-196).

19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts Experimente mit Sportlern durchzuführen. Ziel war es, das menschliche Leistungspotenzial naturwissenschaftlich zu erkunden, die Grenzen der menschlichen Physiologie auszuloten. Diese Forschung ist im Kontext einer Zeit zu sehen, die, beeinflusst durch die enormen Veränderungen infolge der Industrialisierung, sich auf der Suche nach möglichen Formen der Steigerung von Produktivität und Leistungseffizienz befand. Die mit den Forschungen intendierten Leistungssteigerungen dienten keineswegs dem zu dieser Zeit in seiner (wissenschaftlichen) Bedeutung marginalen Sport, sondern der Optimierung menschlicher Leistungsfähigkeit in Bezug auf Arbeit und auch das Militär. Die Experimente hatten also nicht das Ziel, die Leistungsfähigkeit von Sportlern zu steigern, sondern sie waren in erster Linie von allgemein- und arbeitsphysiologischen Interessen geleitet. Leistungssteigerung im Sport stand somit auch nicht im Fokus der frühen Pioniere der Sportmedizin. Sie konzentrierten sich in ihrer praktischen Tätigkeit zunächst auf die Behandlung von Sportverletzungen sowie auf deren Prophylaxe. Eine der Hauptaufgaben des 1912 gegründeten „Deutschen Reichskomitees für die wissenschaftliche Erforschung des Sports und der Leibesübungen“ lag dementsprechend in der Erforschung von Möglichkeiten zur Prophylaxe von Sportschäden, welche durch Übermaß und Rekordsucht hervorgerufen wurden.

Hier offenbart sich die zu Beginn des 20. Jahrhunderts vorherrschende Ambivalenz des damaligen Blickes auf den Sport, der „Doppelcharakter des Sports“. Zum einen sollte aktive Leibesertüchtigung als „Bestandteil hygienisch optimierter Lebensführung“ der Förderung der „Volksgesundheit“ dienen, zum anderen war er in der Sicht vieler Ärzte Ausdruck eines körperlich „schädlichen Exzesses“ (Dinçkal, 2013, S. 230). Der gesundheitliche Wert eines einseitig auf Hoch- und Höchstleistung ausgerichteten Sporttreibens wurde bezweifelt, Entwicklungen in dieser Richtung von den meisten Medizinerinnen abgelehnt. An der Überwindung dieses Gegensatzes zwischen gesunder Leibesertüchtigung und schädlichem Sportexzess hatte die Sportmedizin entscheidenden Anteil. Die frühen Sportmediziner nahmen für sich in Anspruch, die Grenzen menschlicher Belastbarkeit zu erforschen und damit auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse die „richtige“, auf medizinischen Kenntnissen beruhende und sich unter ärztlicher Überwachung vollziehende „gesunde“ Leibesertüchtigung aufzeigen zu können. Damit schufen sie nicht nur sich selbst eine Legitimationsgrundlage, sondern sie legten auch die Grundlagen dafür, dass Sport als Mittel der „Volksgesundheit“ einen gesellschaftlichen Nutzen offenbarte und damit zu gesellschaftlicher und staatlicher Anerkennung fand. Das „Gesundheitsargument“ wurde somit zu einem wesentlichen Bestandteil des damaligen Diskurses über Sport. Hierbei waren die damaligen Sportmediziner nicht nur führend involviert, sondern sie verschafften dem gesamten Sport eine wissenschaftliche Basis, kreierte somit die „Sportwissenschaft“, die zu dieser Zeit primär „Sportmedizinwissenschaft“ war (Langenfeld, 1988; Court, 2008, 2014). Sport war nunmehr im Sinne einer „Menschenökonomie“ (Dinçkal, 2013, S. 74) nützlich zur Förderung der Volksgesundheit, zur Steigerung der Arbeitsleistung und kam damit auch der wirtschaftlichen Produktivität zugute.

In den 1920er-Jahren setzte der Übergang des Konzepts der Präventivmedizin auf den Bereich der Sportmedizin ein (Labisch & Tennstedt, 1991, S. 13-23). Sport war nunmehr gesund, produktiv und ökonomisch nützlich – sofern er eben nicht im schädlichen Übermaß getrieben wurde. Dieser neuen Sicht auf den Sport kam auch die öffentliche Verwaltung entgegen, indem etwa die Kommunen Sport in den Bereich der kommunalen Daseinsvorsorge durch die Einrichtung von Sportanlagen und sportärztlichen Beratungsstellen aufnahmen (Brinkschulte, 2003, S. 157 ff.). Die Etablierung sportmedizinischer Institute an den Hochschulen zeugte ebenfalls vom neuen Stellenwert der Sportmedizin und des Sports, zentral war hier die Entstehung der Deutschen Hochschule für Leibesübungen in Berlin als „Institutionalisierung der noch jungen Sportwissenschaften mit ihren naturwissenschaftlichen Leitdisziplinen“ (Dinçkal, 2013, S. 248; vgl. Dinçkal, 2009; Court, 2014).

Die Sportmedizin hatte damit im frühen 20. Jahrhundert die Grundlagen ihrer Existenz manifestiert, Grundlagen, die bis zum heutigen Tage leitend für das Selbstverständnis des Sportmediziners sind. In der aktuellen Satzung der „Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention“ wird „in erster Linie die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, Förderung der präventiven, kurativen

und rehabilitativen Sportmedizin im wissenschaftlichen und praktischen Bereich“ als Aufgabe der Sportmedizin genannt, wobei „besondere Bedeutung“ der „Prävention und Therapie von Erkrankungen der Bevölkerung durch Sport und Bewegung“ beigemessen wird (DGSP, 2009, S. 2).

Nach der (Wieder-)Gründung des Deutschen Sportärztesbundes 1950 (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 2(2), S. 51) war das Bemühen dieser zunächst wenigen Sportärzte, der Sportmedizin eine gesellschaftspolitische Funktion im Nachkriegsdeutschland zu verleihen, zentral. Der Umstand, dass die Sportmedizin keine eigenständige Disziplin im Kanon der Medizinwissenschaft darstellte, bedingte, dass die Sportmediziner nach Wegen suchen mussten, eine gesellschafts- und gesundheitspolitisch relevante Aufgabe zu erlangen und diese Aufgabe auch effektiv zu erfüllen. Institutionelle Voraussetzungen hierfür waren die Erhöhung der Mitgliederzahlen der Standesorganisation der Sportärzte sowie vor allem das Bemühen, im Rahmen einer distinktiven Qualifizierung für spezielle Tätigkeitsfelder profilierte Sportärzte auszubilden. Allein die Zunahme anerkannter Sportärzte war indes nicht ausreichend für die Professionalisierungsbestrebungen des Verbandes. Ungleich bedeutender war, Themenbereiche zu besetzen, die der Sportmedizin in den 1950er-Jahren gesellschaftspolitische Relevanz verliehen.

Die Neukonstituierung der westdeutschen Sportmedizin vollzog sich vor dem Hintergrund vielfältiger sozialpolitischer Probleme in den ersten Jahren nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Zu den psychologischen Auswirkungen der Kriegserfahrungen vieler und des Lebens in zerstörten Städten kam eine Notlage großer Teile der Bevölkerung. Besonders betroffen hiervon waren die sozial Schwachen, die Versehrten, die Rentner, die Arbeitslosen und die große Zahl der Vertriebenen (Birke, 1998, S. 351-359). Vor allem in den frühen 1950er-Jahren lagen somit die Ansätze der Sportmedizin im sozialhygienischen Bereich. In der Mitarbeit an der Verbesserung der Lebenssituation des Einzelnen sah man in den ersten Jahren nach Verbandsgründung eine maßgebliche Aufgabenstellung. Dieses Anliegen war zunächst keineswegs auf den Sport im engeren Sinne ausgerichtet. Die politische Einsicht in die Notwendigkeit der Wiedererstarkung der deutschen Wirtschaft als Grundlage einer Verbesserung der sozialen Lage vieler Menschen führte dazu, dass die Sportmedizin ihre Bestimmung darin sah, die Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen zu verbessern. Da der „deutschen Wirtschaft nach dem Zusammenbruch als einziger substanzieller Wert die menschliche Arbeitskraft“ erhalten geblieben sei, gelte es gerade diese „Hygiene der Person“ prophylaktisch zu fördern, forderte Arthur Mallwitz (1950a, S. 51), einer der Begründer der deutschen Sportmedizin. Die „tägliche Wiederherstellung der abgearbeiteten Menschen“, die „Entmüdungshygiene“ als Element einer „Menschenökonomie“ sei das Aufgabenfeld des Sportmediziners (Mallwitz & Wildt, 1950, S. 1 f.). Diese auf den ökonomischen Nutzen bezogene Aufgabenstellung spiegelt sich in zahlreichen Aussagen weiterer Vertreter einer sozialpolitisch orientierten Sportmedizin. Hans Hoske, ein in den 1920er- und 1930er-Jahren bekannter Sportarzt, betrachtete die „Leibesübungen als Mittel der sozialen Arbeit“ (Hoske, 1950b, S. 87) zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der Volksgesundheit (vgl. ebenso Pelling, 1950, S. 19). Ein besonderer Schwerpunkt im Kontext von „Volksgesundheit“ galt der „Jugenderziehung“. In der Ertüchtigung der Jugend fand die Nachkriegs-Sportmedizin ein Leitthema, mittels dessen sie nicht nur öffentliches Gehör fand, sondern sich der Unterstützung durch staatliche und kommunale Einrichtungen sicher sein konnte. Auch hier sei der ökonomische Aspekt leitend, bildete doch gerade die Jugend die Basis volkswirtschaftlicher Leistungserbringung, wie der damalige DSÄB-Präsident Heiß betonte (Heiß, 1950a, S. 154).

In einem schleichenden Übergang verlagerte sich die Wahrnehmung der Aufgabenstellung der Sportmedizin im Verlauf der 1950er-Jahre von der Rehabilitation der kriegsgeschädigten Bevölkerung zu dem, was bereits in den 1920er-Jahren für die Sportmedizin leitend gewesen war, der Prävention durch körperliche Aktivität. Dieser Übergang stand argumentativ in engem Zusammenhang mit der steigenden Zahl von Zivilisationskrankheiten in der Bevölkerung. Die in der „Periode der degenerativen und gesellschaftlich verursachten Krankheiten“ (Vögele, 2014, S. 32) zutage tretenden körperlichen Beeinträchtigungen durch Bewegungsmangel wurden vonseiten der Sportmedizin als

Gefahr heraufbeschworen. Die Bekämpfung des „Zivilisationsschadens, unter dem die Mehrzahl der Menschen [...] leidet“ (Hoske, 1950b, S. 88), war nunmehr die zentrale Aufgabe. Der Sportarzt stellte den „berufenen Helfer im Kampf gegen einen Großteil der den zivilisierten Menschen bedrohenden Krankheiten“ dar (Pelling, 1955, S. 4), seine speziellen Fähigkeiten seien besonders angebracht in einer „Überwachung aller Sporttreibenden, namentlich der Jugendlichen und Frauen“ (Vollmer, 1950, S. 6; vgl. Thomsen, 1955, S. 98). Das Aufgabenfeld der Sportmedizin sei innerhalb der medizinischen Fachrichtungen das einer „praktischen präventiven Medizin“.

Die gesundheitliche Gefährdung des Menschen durch die „Zivilisation“ wurde durchaus auch vonseiten der Politik und Gesellschaft als akut angesehen. 1966 betonte Bundespräsident Lübke: „Der Mensch in der modernen Industriegesellschaft ist durch Mangel an Bewegung oder durch einseitige Belastung zunehmend Zivilisationsschäden ausgesetzt, die seine körperliche wie geistig-seelische Gesundheit bedrohen“ (Lübke, 1966, 239). Die Sorge um die durch diese Zivilisationskrankheiten gefährdete „Volksgesundheit“ bildete zunehmend die Legitimationsgrundlage der westdeutschen Sportmedizin als einer Präventionsmedizin gegenüber Staat und Gesellschaft. Erkennbar wird hierbei das Bemühen, der Sportmedizin historische Kontinuität und zugleich Modernität zu verleihen:

„Wie die Heilkunde aus der Epoche der Seuchenbekämpfung, der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, heraustritt und sich anschickt, die Medizin im Sinne einer vorbeugenden Heilkunde auszubauen, um Krankheiten zu verhüten und Methoden der Leistungsverbesserung zu entwickeln, so ist es auch das Bestreben der Sportmedizin, aus dem bisher üblichen Verhalten der ausschließlichen Bekämpfung von Sportverletzungen und der Behandlung von akuten Sportschäden herauszutreten und den Sport als die natürlichste Möglichkeit der Gesundheitserziehung, der Gesundheitsgestaltung und Gesundheitserhaltung [...] anzusehen“ (Koch, Hoske & Hamacher, 1954, S. 18-19).

Neben die Aufgabe der Steigerung der „Volksgesundheit“ mittels Sport trat ebenso die einer Prophylaxe vor Sportschäden (Koch, 1950, S. 61). Der Sportarzt kulminierte somit erneut zum „Hüter des Sports“ (Daume, 1954b, S. 3). Seine Aufgabe war es, auf physische Leistungsgrenzen aufmerksam zu machen und dem „Raubbau am Körper“ mahnend entgegenzutreten. Wie in der Vorkriegszeit wurde somit erneut der doppelte Anspruch deutlich, zum einen den aktiv Sporttreibenden vor Übertreibungen zu bewahren, zum anderen zugleich an der Gesunderhaltung der Bevölkerung mitzuwirken, „breite Schichten der Bevölkerung von den Vorteilen eines aktiven Sporttreibens – unter ärztlicher Anleitung und Aufsicht – zu überzeugen“ (Sasse, 1951, S. 10). Ein häufig gebrauchtes Diktum dieser Zeit war, dass der Sportmediziner der „Arzt des Gesunden“ sei (van Aaken, 1952, S. 149). DSB-Präsident Daume bemerkte hierzu 1954 in der Zeitschrift für Sportmedizin: „Er [der deutsche Sport] braucht sie [die Sportärzte], um seinen Weg an ihnen zu überprüfen, denn in unserer Zeit ist der Sportarzt das Gewissen des Sports“ (Daume, 1954a, S. 129).

Die Sportmedizin sah also ihre Rolle in den 1950er-Jahren primär als die eines gesundheitspolitischen Akteurs in einem präventivmedizinischen „Sport für alle“. Ausgehend von dieser legitimatorischen Basis suchte der Verband seinen Einfluss sowohl auf den Sport als auch in Politik und Gesellschaft in praktischer Hinsicht zu erweitern. Um hier erfolgreich zu sein, benötigte der gesellschaftspolitisch wenig einflussreiche Sportärztebund einen Bündnispartner, der über genau diese Einflüsse verfügte. Diesen fand man im ebenfalls 1950 erneut gegründeten Deutschen Sportbund (DSB), dem Dachverband des organisierten Sports. Die Interaktion zwischen DSB und DSÄB erfolgte mit einer gewissen Zwangsläufigkeit, da beide Verbände teilweise dieselben Aufgabenfelder besetzten. Der zentrale Aspekt, in dem DSÄB und DSB zusammenfanden, wurde die Volksgesundheit. Wie der Sportärztebund propagierte auch der DSB unter Führung seines Präsidenten Willi Daume in den 1950er-Jahren einen den Zivilisationskrankheiten entgegenwirkenden, gesundheitsfördernden Breitensport. Aufgabe des DSB und DSÄB sei die Abwehr der „negativen Erscheinungen“ der „moder-

nen Zivilisation und der technisierten Arbeitswelt“, für die der Sport einen Gegensatz darstelle, wie Daume herausstellte (Daume, 1958/1973, S. 90 f.). Die Anspruchshaltung des DSB an die deutsche Sportmedizin war die, dass diese dem organisierten Sport beratend und wissenschaftlich determinierend hinsichtlich einer Breitensportorientierung zur Seite stehen sollte. Die Interaktion zwischen DSB und DSÄB basierte vorrangig auf gemeinsamen Interessenlagen. Die Basis der Beziehung war eine gegenseitige Inanspruchnahme, die seitens des DSB darin bestand, dass die Sportmedizin wissenschaftlich fundierte Expertisen erstellte, die Sport als wichtigen Beitrag zur Volksgesundheit identifizierten. Beispielhaft zu nennen wären hier die Bemühungen um eine Aufwertung des Schulsports, aber auch die 1958 einsetzende DSB-Kampagne „Zweiter Weg“ eines vereinsungebundenen Freizeitsports für alle (DOSB-Archiv, Bestand 1.79; Bestand 2652; Mevert, 2002, 30 ff.). Für den Sportärztebund erwies sich die Beziehung zum organisierten Sport als vorteilhaft, da er an dem politischen wie gesellschaftlichen Einfluss des DSB und seiner Anschlussverbände partizipierte.

Nicht in allen Bereichen war man indes seitens des DSÄB auf die Hilfestellung des Sports angewiesen. Dies zeigt das Beispiel des Versehrtensports, dem der organisierte Sport zunächst eher skeptisch gegenüberstand (Wedemeyer-Kolwe, 2011, S. 84 f.). Hier wurde der Versehrtensportverband zum Bündnispartner. In der rehabilitativen Betreuung (Kriegs-)Versehrter konnte der DSÄB seine sozialpolitische Relevanz am deutlichsten zum Ausdruck bringen, was schließlich 1956 in eine gesetzliche Verankerung der Rolle von (Sport-)Ärzten in der Versehrtenbetreuung mündete. In keinem anderen Bereich erreichte die Sportmedizin eine derartige Deutungshoheit wie in der Versehrtenbetreuung. Ausbildungsrichtlinien für Versehrten Sportlehrer und Lehrpläne für Versehrten Sportangebote stammten häufig aus der Sportmedizin. Die Rehabilitation von Versehrten, die im Verlauf der 1960er-Jahre allmählich zu einer Rehabilitation (zivil-)behinderter Menschen voranschritt², wurde ein Tätigkeitsfeld, in dem einige Sportmediziner ihr Auskommen finden konnten; dies nicht zuletzt auf Grundlage einer bis in den Ersten Weltkrieg zureichenden Tradition der Sportmedizin in der Kriegsversehrtenbetreuung (Nielsen, 2016a, S. 187 f.).

Dem Sportärztebund gelang es somit im Verlauf der 1950er-Jahre in dieser Hinsicht durchaus, sowohl gesellschaftspolitische Relevanz zu erlangen als auch die grundlegende Funktion einer Interessenvertretung seiner Mitglieder zu erfüllen. Unter Rückbezug auf ihre Traditionen konnte die Sportmedizin konkrete Problemfelder besetzen und zu deren Lösung beitragen. Geprägt von den sozialpolitischen Gegebenheiten der Zeit entwickelte die deutsche Sportmedizin in den 1950er-Jahren frühzeitig zwei ihrer bis heute zentralen Themenfelder: die Rehabilitation und die Prävention. Der DSÄB reüssierte auf der Basis einer Übernahme zu dieser Zeit sozialpolitisch relevanter Aufgaben. Die von ihm über den Mitgliederbestand hinaus weiter vertretenen „Teilöffentlichkeiten“ waren wechselnd, hierzu zählten etwa die Kriegsversehrten oder die sporttreibende Jugend – nach dem eigenen Verständnis letztlich die gesamte Bundesbevölkerung.

Lässt sich somit eine grundsätzliche gesellschaftliche und politische Resonanz auf sportmedizinische Interessen und Aufgaben konstatieren, so zeigt der Blick auf die Frage, inwieweit diese politische und öffentliche Beachtung auch zu einer Fundierung der Sportmedizin in Form einer Anerkennung des Sportarztes als einem eigenen Berufsstand führte, ein anderes Bild. Hier ergab sich für die Sportmedizin das Problem, mangels konsistenter fachlich-beruflicher Zuschreibungen ihre Existenz stets aufs Neue legitimieren zu müssen. Exemplarisch zeigt sich dies etwa in der Kooperation mit dem DSB. In dem Maße, in dem die Sportmedizin die ihr vom DSB zugewiesene Aufgabe einer wissenschaftlichen Untermauerung des gesundheitlichen Nutzens von Sport erfüllte, nahm ihre Bedeutung für den DSB bereits in den 1960er-Jahren ab.

Die mit dem fehlenden Facharztstatus einhergehende Randstellung des Faches innerhalb der Medizin suchte der DSÄB bereits frühzeitig durch eine stärkere Anbindung der Sportmedizin an die

² Gleichwohl wurde in den 1960-Jahren der Versehrtensport zunächst vom Behindertensport getrennt. Erst den 1970er-Jahren, als die Zahl der Kriegsversehrten zunehmend zurückging, entwickelte sich der Behindertensport.

Medizin zumindest teilweise zu überwinden. Ab 1958 fanden regelmäßige, gemeinsam mit der Bundesärztekammer ausgerichtete Fortbildungen statt, derartige Kooperationen wurden dann auch auf Länderebene zwischen den Landesbünden und den Landesärztekammern etabliert (vgl. 3.4.3). 1959 betonte der Präsident der Bundesärztekammer Neuffer 1959 die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit des DSÄB mit den ärztlichen Organisationen, da „verordnete und dosierte Leibesübung ein wichtiger Teil der präventiven Medizin und der Gesundheitsvorsorge“ (Neuffer, 1959, S. 1) sei. Die Sportmedizin suchte in der Folge ihre Rolle als „grüner Gürtel der Klinik“ gegenüber Ärzten und Bevölkerung noch stärker herauszustellen (Goßner, 1963c, S. 286; vgl. auch Goßner, 1964, S. 86).

Letztlich gelang es der Sportmedizin somit zwar, in den 1950er- und 1960er-Jahren wichtige sozialpolitische Themenfelder zu besetzen und Anerkennung für ihre Aktivitäten zu erfahren, indes blieb der fehlende Facharztstatus ein entscheidendes Manko, das sich vor allem hinsichtlich eines Berufsfeldes „Sportarzt“ manifestierte. Arbeitsplätze für Sportmediziner, etwa in den Universitäten, in Versehrteeneinrichtungen, in kommunalen Beratungsstellen, waren rar gesät. 1961 wurde der Rückgang der Mitgliederzahlen des DSÄB damit begründet, dass „sehr viele Kollegen“ „dem Aufruf des Sportärztebundes gefolgt waren, sich an der gesundheitlichen Betreuung der sporttreibenden Jugend zu beteiligen“, dort dann aber „doch nicht das richtige Betätigungsfeld fanden“ (Der Sportarzt, 12(5), S. 141).

Ungeachtet des zentralen Aspekts, dass es der Sportmedizin bis 1970 nicht gelungen war, einen Facharztstatus zu erlangen, ist die Zeit bis zum Ende der 1960er-Jahre als die Phase zu bezeichnen, in der die Sportmedizin im öffentlich-politischen Raum einen Status erreicht hatte, den sie in dieser hervorgehobenen Form später nicht mehr erlangen konnte.

3 Der Deutsche Sportärztebund als Ausbildungsverband bis 1970

Bereits unmittelbar nach Gründung des Dachverbandes „Deutscher Sportärztebund“ im Jahr 1950 war die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Sportmedizinern ein zentrales Anliegen des Verbandes. In der 1950 verabschiedeten Satzung des Sportärztebundes war die Ausbildung von Sportärzten ebenso fest verankert wie eine aktive Beteiligung der Mitglieder an sportmedizinischen Aufgabenstellungen. Zugleich wurde diese aktive Partizipation, etwa in Vereinen, unter den Vorbehalt des Erwerbs eines Sportarzt diploms als „Anerkannter Sportarzt im Deutschen Sportärztebund“ gestellt (Heiß, 1950b, S. 166; Entwurf der Satzung in Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 2(1), S. 18 f.). Ging es hierbei zunächst um die Schaffung einer Existenzgrundlage – ohne ausgebildete Sportmediziner keine Sportmedizin –, so versuchte der Dachverband in den folgenden Jahren und Jahrzehnten rasch, simultan zur wachsenden Zahl ausgebildeter Sportmediziner für diese Tätigkeitsbereiche im Sport und im staatlichen Gesundheitswesen zu kreieren, um dadurch zugleich sowohl die Bedeutung und damit Legitimation einer Sportmedizin in Staat und Gesellschaft zu gewährleisten als auch den Verbandsmitgliedern eine adäquate Berufsausübung zu ermöglichen. Grundlegend hierfür war die standesrechtliche Anerkennung der Sportmedizin, die nicht mehr allein ein „Hobby“ (Reindell) sein durfte, sondern sie musste im bundesdeutschen Gesundheitswesen etabliert werden.

Das Streben nach dieser standesrechtlichen Anerkennung wurde damit zu einer zentralen Aufgabenstellung des Sportärztebundes, als Voraussetzung hierfür galt wiederum die Verbesserung der sportmedizinischen Weiterbildung. Die Geschichte des DSÄB bzw. der DGSP ist somit maßgeblich geprägt von diesen beiden miteinander verknüpften Ansätzen einer sukzessiven Aufwertung der Weiterbildung als Grundlage einer standesrechtlichen Anerkennung, die wiederum die Grundlage eines Berufsbildes „Sportarzt“ abseits der wenigen dem Sportmediziner offenstehenden Bereiche im Hochschulwesen und Spitzensport darstellte. Die Kreierung eines Berufsbildes kann als die zentrale Aufgabe des Sportärztebundes als Interessenvertretung seiner Mitglieder gelten, da nur die Möglichkeit einer ökonomischen Tragfähigkeit langfristig das Interesse an einer Mitgliedschaft im Verband

aufrechterhält. In dem Maße, in dem die qualitativen Anforderungen zum Erwerb einer sportmedizinischen Qualifikation als Voraussetzung einer standesrechtlichen Anerkennung stiegen, musste den damit in höherem Maße geforderten Teilnehmern der Weiterbildungen ein adäquater Benefit ihrer Bemühungen in Aussicht stehen. In diesem sich gegenseitig beeinflussenden Dreieck Weiterbildung – Anerkennung – Berufsbild agierte der Sportärzteverband im gesamten Betrachtungszeitraum seit den 1950er-Jahren.

3.1 Selbstbild eines Sportarztes im Kontext adäquater Ausbildung

Mit der Gründung des Dachverbandes für Sportmedizin 1950 war infolge fehlender fachlicher Klassifikationsmerkmale die Fragestellung zentral, was einen Sportarzt eigentlich ausmache und was seine Aufgabenfelder seien. Das Selbstbild des Sportmediziners der 1950er- und 1960er-Jahre war das eines selbst aktiven Sportlers, der die spezifischen Erfordernisse, die an ihn gestellt werden, aus eigener Erfahrung kennt. Der damalige DSÄB-Präsident Werner Ruhemann bezeichnete den idealtypischen Sportarzt als jemanden, „der, selbst Sport ausübend, einem Verein, den er sportärztlich betreut, auch angehört und der sich im Trainingsanzug auf dem Sportplatz befindet“ (Ruhemann, 1954, S. 8). Kennzeichnend für diese frühen Ansätze einer „Definition“ des Sportmediziners ist somit die enge Anbindung an das aktive Sporttreiben, das in zugespitzter Form fast als das einzige konstitutive Merkmal des Sportmediziners gesehen werden kann. Der damalige Sportmediziner war in mancher Hinsicht eher ein Sportlehrer mit besonderer Ausbildung als Mediziner. Erkennbar sind in diesen frühen Zuschreibungen der enge Bezug zum Bild des Sportmediziners der 1920er- und 1930er-Jahre sowie der Einfluss des eigenen Lebensweges. Letztlich kann diese Eingrenzung auch als Ansatz zur Kreierung eines Berufsbildes gesehen werden, für das eine fachliche Zuschreibung nicht möglich war. Der Dortmunder Sportmediziner Ferdinand Schild etwa forderte eine Abgrenzung des Sportmediziners auf Grundlage einer spezifischen Weiterbildung durch einen Lehrgang. Die Tätigkeitsfelder sah er entweder ehrenamtlich in Vereinen und Verbänden oder in amtlichen Stellen wie den kommunalen Beratungsstellen (Schild, 1950, S. 136). Der Hamburger Sportmediziner Zerbe sah, wie auch der Rektor der Sporthochschule Köln, Carl Diem, die „ideale Lösung“ darin, dass „der Sportarzt gleichzeitig auch die Sportlehrer-Ausbildung“ leite, es gäbe „heute schon eine Anzahl an Ärzten, die sowohl pädagogisch wie sportärztlich ausgebildet“ (zit. n. Mallwitz, 1950, S. 131). Ausgehend von der Erkenntnis, dass etwa ein Chirurg eine adäquate Versorgung eines verletzten Fußballspielers besser gewährleisten könne als ein Sportarzt, sah der Kölner Sportmediziner und Philologe Rolf Sasse die präventive, beratende Tätigkeit als maßgeblich für die „Entwicklung des sportärztlichen Arbeitsgebietes“ an. Der Sportarzt sei zudem kein Facharzt, der Titel „Sportarzt“ sei vielmehr abhängig von der Berufsausbildung zum Sportlehrer bzw. der Teilnahme an einem von einer anerkannten sportärztlichen Vereinigung veranstalteten Sportarzt-Kursus!“ (Sasse, 1951, S. 9 f).

Ausgehend von diesem Selbstbild formulierten die frühen Sportärzte die bereits akzentuierten Aufgabenfelder der Sportmedizin einer physischen Rekonstitution der deutschen Volks- und damit Arbeitskraft durch adäquat angewandte Leibesübungen und einer ebenfalls körperlich geprägten „Erziehung“ der Jugend in einer Kombination aus Tradition und den aus den Erfordernissen der Zeit erwachsenden Anforderungen. Leitend war hierbei der Gedanke einer Re-Etablierung der Sportmedizin in Staat und Gesellschaft sowie zunächst primär als Partner der Sportwissenschaft. Beides, das Selbstbild wie auch die Aufgabe des Sportarztes, korrelierten in hohem Maße miteinander. Nur der selbst erfahrene Sportler war aus Sicht der Sportmedizin in der Lage, eine adäquate Anleitung zu einer prophylaktisch-präventiven Leibesertüchtigung zu geben. Diese Kombination aus eigenem Sporttreiben bzw. dem daraus abgeleiteten Erfahrungswissen einerseits und medizinischer Ausbildung andererseits stellte das Alleinstellungsmerkmal des damaligen – und in vieler Hinsicht auch heutigen – Sportmediziners dar. Es war das Qualitätssignum einer fachlich nicht anerkannten Disziplin innerhalb der Medizin. Dasselbe gilt im Übrigen für den akademischen Turn- und Sportleh-

rer, der sein Wissen ebenfalls aus Erfahrungswissen durch eigenes Sporttreiben einerseits und einem fachlichen und pädagogischen Studium andererseits schöpfen sollte. Aus diesem Merkmal entwickelte die Sportmedizin folgend ihre – in den zentralen Ausprägungen bis heute gültigen – Ausbildungskriterien, die genau diese beiden Elemente vereinen sollten.

3.2 Erste Qualifizierungsmaßnahmen: das „Sportarzt-Diplom“

Die Einführung des Sportarzt-Diploms als erste Qualifizierungsmaßnahme des neu gegründeten Sportärztesbundes war mit zwei Intentionen verknüpft. Angesichts der zunächst geringen Zahl an Mitgliedern, die sich in der Mehrheit aus ehemaligen Mitgliedern des Vorgängerverbandes zusammensetzten, wurde die Rekrutierung neuer Mitglieder ein primäres Ziel des DSÄB. Die bei der Gründung des DSÄB verabschiedete Satzung sah in Punkt 3 die „Ausbildung von Sportärzten“ (DSÄB, 1954, S. 93 f.) als Aufgabe des Verbandes vor. Zugleich suchte der DSÄB mangels eines Facharztstatus durch den Nachweis einer spezifischen sportmedizinischen Fortbildung eine Art Gütesiegel als Disktinktionsmerkmal zu kreieren – ein erster Schritt auf einem langen Weg zur Herausstellung einer fachlichen Qualifikation ohne entsprechenden Facharztstatus. Der Schutz der Bezeichnung „Sportarzt“ zur Vermeidung von „Missbrauch“ sportmedizinischer Arbeit durch weniger qualifizierte Ärzte stand hierbei im Vordergrund. Während der Vorsitzende des Bremer Sportärztesbundes Vollmer 1950 noch allgemein forderte, nur derjenige dürfe sich Sportarzt nennen, „der durch Selbstleistungen und Sonderkenntnisse den Nachweis praktischer Erfahrung auf dem Gebiete der Leibesübungen erbracht hat“ (Vollmer, 1950, S. 6), rekurrierte der Dortmunder Sportmediziner Schild bereits explizit auf ein Diplom: „Grundbedingung ist und bleibt, daß das Kennwort Sportarzt ‚geschützt‘ bleibt, d.h. daß nur derjenige approbierte Arzt ihn führen darf, der – möglichst nur nach eigener sportlicher Betätigung! – in einem entsprechenden Kursus mit Schlußprüfung sein Diplom erhalten hat [...]“ (Schild, 1950, S. 136).

Beide Intentionen standen zumindest in Teilen zueinander konträr: Aufgrund des fehlenden Facharztstatus und damit eines entsprechenden Ausbildungsweges gab es bei Gründung des Verbandes im Grunde keine „Sportmediziner“, wie auch der Kölner Sportmediziner und Philologe Rolf Sasse 1951 anmerkte (Sasse, 1951, S. 10). Das als Lösungsstrategie zur Heranbildung von Sportmedizinern kreierte Diplom dagegen schuf von Beginn an Zugangsreglementierungen, die eine Mitgliedschaft für potenziell Interessierte erschwerten. Diese restriktiven Zugangskriterien sind auch im Zusammenhang damit zu sehen, dass die Sportmedizin vor 1933 bereits einen anerkannten Status erreicht hatte, und die Gründungsmitglieder, die alle bereits als Sportärzte im Dritten Reich tätig waren, diesen Status in distinktiver Hinsicht auch nach 1945 für sich in Anspruch nahmen bzw. zu behaupten versuchten.

In diesem Dilemma zwischen rascher Mitgliederrekrutierung und einer distinktiv-qualifizierenden Ausbildung ging der Verband zunächst eindeutig den Weg, die Quantität, also die Erhöhung der Mitgliederzahl, der Qualität, also einer anspruchsvollen Ausbildung, vorzuziehen: „Um nach dem Nationalsozialismus neue Sportärzte zu gewinnen, wurden die Bestimmungen beibehalten und sogar Ausnahmen gemacht, bei denen Kurse von 10 oder 6 Tagen anerkannt wurden“ (Kohlrausch, 1964, S. 18). Die Bestimmungen zum Erwerb des Diploms wurden an die Richtlinien des Jahres 1924 angelehnt, die zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung als Sportarzt entwickelt worden waren. Bereits diese hatten vorrangig darauf abgezielt, „schnell einen Stamm an sportärztlich Aktiven zu gewinnen“ (Kohlrausch, 1964, S. 18). Zu dieser Zeit reichten der Nachweis einer zweijährigen ärztlichen Tätigkeit nach der Approbation und aktiver sportlicher Betätigung innerhalb eines Sportvereins sowie die Absolvierung eines 14tägigen Sportarzteurses (Kohlrausch, 1964, S. 18).

Die Bestimmungen der 1951 vorgelegten Richtlinien für das „Sportarzt-Diplom“ blieben sogar noch unter diesen Anforderungen. So wurde, den Gegebenheiten der Nachkriegszeit angepasst, die nachzuweisende ärztliche Tätigkeit auf ein Jahr verkürzt: